D Maxwell

Ураль 611. (1)

Tauber (Prof. A. S.) The English and Scotch Schools of Surgery, *Illustrated* (Abstr. L. 90, i. 867) [in Russian], 8vo. St. P., 1889

ШКОЛЫ ХИРУРГІИ

въ

abst: appended

ГЛАВНѢЙШИХЪ ГОСУДАРСТВАХЪ ЕВРОПЫ.

ОЧЕРКИ КЛИНИЧЕСКОЙ И ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГІИ.

составилъ

д-ръ А. С. Тауберъ,

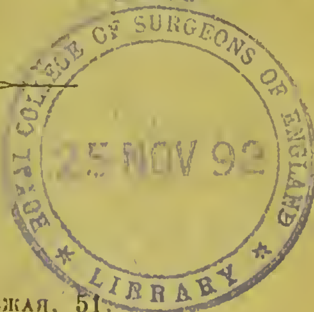
ордин. профессоръ Императорскаго Варшавскаго университета и хирургъ при Варшавскомъ Уяздовскомъ Военномъ госпиталѣ.

КНИГА ПЕРВАЯ.

АНГЛІЙСКІЯ И ШОТЛАНДСКІЯ ШКОЛЫ.

«Feci quod potui,—
«faciant meliora potentes»!

L. 90. i. 867
See overleaf
for prof.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
ТИПОГРАФІЯ ЯКОВА ТРЕЙ, РАЗЪѢЗЖАЯ, 51.
1889.

PROFESSOR TAUBER ON ENGLISH AND SCOTCH SURGERY.

The Russian Military Medical Department is inquiring into the condition of surgery in the different countries of Europe, and has just published the report drawn up by Professor TAUBER of Warsaw on the English and Scotch schools. Professor TAUBER visited this country in 1885, and went through the chief London hospitals and through those of Edinburgh and Glasgow. He seems to have been much pleased with what he saw and with the kindly reception he met with, especially in Edinburgh. The Medical Faculty of Edinburgh struck him as being on a somewhat higher level, from a scientific standpoint, than the London schools, and he especially remarks on the high position held by it in the Scotch capital as compared with the non-medical faculties. He gives an account of the different schools he visited and of the eminent surgeons with whom he was brought in contact, and describes many of the operations he saw. He discusses the question why LISTER'S antiseptic method is not adopted universally in LISTER'S own country, for he thinks that there is more opposition to the method in Great Britain than in any country in Europe. First of all, our hospitals are generally much more hygienic than most continental hospitals, and therefore the improvement wrought by antiseptic treatment is less patent. Secondly, there is a great tendency to distrust new methods, and these are severely criticised by specialists who do not bow down before the authority of any name, however great. Thirdly, the results obtained by men like BANTOCK and LAWSON TAIT, who do not use antiseptics, and which are quite equal to those who do, show that it is possible to carry out a truly aseptic treatment without having recourse to any chemical disinfectant, so that in Great Britain, as in many of the German schools, the aseptic system is in the position of a rival to the Listerian or antiseptic. If asked what the position of British surgeons is with regard to recent operative methods, he would certainly admit that a good many daring operations, such as excision of the larynx or spleen, resection of the stomach or intestine, and others, which, even if successful, are so more from a merely operative than from a therapeutic point of view, which were being very frequently performed in German hospitals, were rare in England at the time of his visit. The great characteristic of British surgery is, he says, its conservatism—that is to say, its great desire to save parts, as, for example, witness the small number of amputations in St. Bartholomew's Hospital, where, according to the tables he has copied, there were only 56 out of 5000 surgical patients; whereas in VOLKMANN'S clinic in Halle there were about the same number of major amputations out of 1500 surgical patients. On the other hand, it must be remembered that several important operations on the brain, on the kidney, and on the vertebral canal were devised and primarily performed by British surgeons, and that they have been repeated by numbers of others, so that it would not be correct to consider British surgeons as behind those of other countries in operative methods. The peculiar tendency of our surgeons to conservatism Professor TAUBER ascribes to the influence of HUNTER'S teaching, according to which operative measures are a last resource, and also to the superior anatomical knowledge of British surgeons, anatomy being with us an applied science in a peculiar degree. He thinks that the regulations of the College of Surgeons regarding its Fellowship—which, by the way, he must have to some extent misunderstood, for he says that from ten to twelve years' study is required—in requiring advanced anatomical and physiological knowledge have been most beneficial in raising the standard of British surgery to the high point which he admits it to occupy. The General Medical Council is credited with a large amount of good influence, and the corporations are said to induce medical men to continue their education long after qualification. Professor TAUBER very greatly approves of the English system of "treating the patient rather than the disease," and of the tendency of general practitioners and clinical professors alike to be doctors first and scientific investigators afterwards—in other words, to make the patient's good the first and chief aim. Nowhere, he remarks, has he seen the clinic turned into a professor's experimental laboratory, as is too much the fashion abroad. When the author attempts to lay before his readers an account of the regulations of the medical corporations and some information about apothecaries or "general practitioners," he seems not unnaturally somewhat bewildered; for our system, or want of system, in matters medical is most anomalous, and is quite hard enough for us to understand thoroughly, so that it is not to be expected that a foreigner can grasp it. The great bulk of the book is, however, devoted to pure surgery, an excellent account of the life and work of many prominent British surgeons being given. Had the work been published in some more accessible language than Russian, it would doubtless be perused with great interest by a considerable circle of English readers.

Dys 17

to the honourable Editors

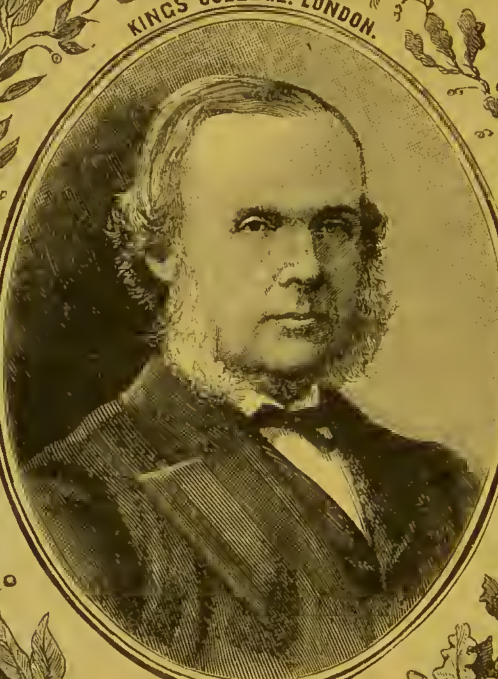
of

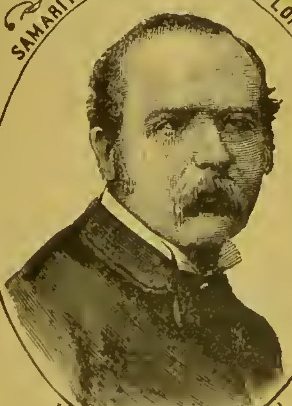
"The Lancet"

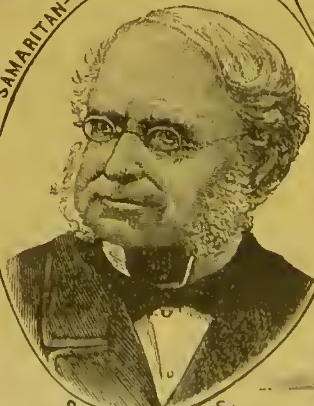
in London

from author

Warsaw 20. III. 90







Выдающіеся представители современныхъ школъ хирургіи

СОВРЕМЕННЫЯ

ШКОЛЫ ХИРУРГІИ

ВЪ

ГЛАВНѢЙШИХЪ ГОСУДАРСТВАХЪ ЕВРОПЫ.

ОЧЕРКИ КЛИНИЧЕСКОЙ И ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГІИ.

составилъ

д-ръ А. С. Тауберъ,

ордин. профессоръ Императорскаго Варшавскаго университета и хирургъ при Варшавскомъ Уяздовскомъ Военномъ госпиталѣ.

КНИГА ПЕРВАЯ.

АНГЛІЙСКІЯ И ШОТЛАНДСКІЯ ШКОЛЫ.

«Feci quod potui,—
«faciant meliora potentes»!

[ИЗДАНІЕ ГЛАВНАГО ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАГО УПРАВЛЕНІЯ.]

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
ТИПОГРАФІЯ ЯКОВА ТРЕЙ, РАЗЪѢЗЖАЯ, 51.
1889.

ОГЛАВЛЕНІЕ

КНИГА ПЕРВАЯ.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

Англійскія школы.

стран.

стран.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

Шотландскія школы.

Объясненіе рисунковъ, помѣщенныхъ въ текстѣ книги.

Замѣченныя опечатки и погрѣшности.

Стр.	*Строка.*	*Напечатано:*	*Слѣдуетъ читать:*
8	13 снизу	Стевартъ	Стюартъ
29	6 »	(Hutschinson)—	(Hutchinson)—
32	3 »	weckly	weeckly
32	2 »	aws	laws.
37	18 »	учреждениі	учрежденія
37	2 »	Вуда	Вууда
44	9 сверху	Wisemann	Wiseman
44	10 »	(728—793),	(1727—1793),
44	11 »	Wiliam	William
66	1 снизу	бъ	въ
83	3 сверху	трещины	трещины,
84	11 снизу	Нипротивъ	Напротивъ
85	10 сверху	состаются	остаются
88	12 »	времи	время
106	2 снизу	St. Thoma's	St. Thomas's
111	18 »	занаркотизированнымъ	занаркотизированными
111	12 »	ингалятеръ»	ингаляторъ»
137	17 »	который	которой
149	На полѣ	пататъ.	палатъ.
191	7 снизу	ввутренности,	внутренности,
199	16—17 сверху	извилини	извилины
	страница	111	211
222	2 сверху	эстеризацій.	этеризацій.
230	9 снизу	познакомится	познакомиться
235	13 сверху	гноекровіе	гноекровія
237	Заглавн. строка	Педжетѣ	Пэджетѣ
237	2 снизу	Педжета	Пэджета
239	8—9 снизу	имѣлъ въ своей своей	имѣлъ въ своей
241	Заглавн. строка	Педжета	Пэджета
250	15 сверху	nephreetomia	nephrectomiae
251	18 »	mouth	month
252	16 снизу	Freeman	Freedman
252	1 »	mouth	month
253	11 »	*hospital*»	*hospital*»,
257	1 сверху	опускаетъ	опускается
264	7 сверху графа 6	pneumouia	pneumonia
264	12 » » 6	statio	spatio
265	13 » » 4	Кототая	Колотая
265	9 снизу	ни разу не была	всего разъ была
271	8 »	(os parietale)	(os temporale)
282	4 сверху	«сжатіи мозга».—	«сжатія мозга».—
286	11 »	Джекобсона,	Джэкобсона,
286	17 снизу	давленіемъ [1])	давленіемъ [3])
302	10 сверху графа 6	по лиціи	по линіи

Стр.	Строка.	Напечатано:	Слѣдуетъ читать:
303	1—2 снизу графа 9	мевингитъ.	менингитъ.
322	18 снизу	отношеніи	отношенія
329	8 »	Ѳомой Гюи,	Ѳомой Гай,
333	1 сверху	Дюргемомъ.	Дюргэмомъ,
337	8 »	Джекобсона	Джэкобсона
344	5 снизу	то нерѣдко	то рѣдко
348	16 »	*longue*»	*tongue*»
353	14 сверху	данная	денная
358	6 »	Чтоже	Что же
358	8 »	отдѣловъ	отдѣловъ,
375	9 снизу	настяженія	натяженія
383	8 сверху	заявлено,	заявляло,
383	10 »	между тѣмъ,	между тѣмъ
383	12 »	въ 1885 г., познакомился	въ 1885 г., я познакомился
387	2 »	паховаго канала;	паховаго кольца;
387	3 »	herniotomiem	herniotomiam
422	7 »	впослѣдствіи этого выразится	впослѣдствіи выразится
429	6 снизу	pes planum	pes planus
430	4 сверху	кнаружи,	кнутри,
435	11 снизу	«The Eastern Museam» –	«The Eastern Museum»—
438	18 »	(Чарльзъ Стеуартъ),	(Чарльзъ Стюартъ);
441	10 сверху	Ч. Стеуартомъ	Ч. Стюартомъ
447	9 снизу	находитъ	находилъ
470	1 »	Guthrice,	Guthrie,
473	16 сверху	1728	1720.
475	15 »	не могъ,	не могъ
483	13 »	онъ посвѣщалъ	онъ посвящалъ
496	7 сверху	stracture,	structure,
513	18 »	(John Thomson)—	(John Thompson)—
513	20 »	(Jonh Lizars)	(John Lizars)
520	19 снизу	торквиловались.	торквировались
523	4—5 снизу	дѣвушха	дѣвушка
524	6 сверху	deprissіon	depression
525	17 снизу	вся-каго	всякаго
609	3 »	Іатсона	Уилсона

Къ читателю.

Въ послѣдующихъ главахъ я стараюсь представить рядъ моментовъ госпитальной жизни Англіи и Шотландіи въ томъ видѣ, какъ они представились моему личному наблюденію.—Какъ объективно я ни относился къ поставленной себѣ задачѣ, тѣмъ не менѣе, я не могъ при самомъ изложеніи описываемаго предмета не вносить своего субъективнаго взгляда на тотъ или другой вопросъ, вслѣдствіе чего въ предлагаемыхъ очеркахъ **«Современныхъ школъ хирургіи»** сложная картина госпитальной жизни освѣщается, такъ сказать, не со всѣхъ сторонъ одинаково: иные моменты выступаютъ предъ читателемъ болѣе рельефно, другіе, напротивъ, остаются въ тѣни.—Во избѣжаніе этого, я считалъ необходимымъ, при охарактеризованіи дѣятельности болѣе выдающихся представителей англійскихъ или шотландскихъ школъ хирургіи, не довольствоваться одними лишь личными наблюденіями, а знакомить своихъ читателей со взглядами этихъ дѣятелей на тотъ или другой вопросъ по ихъ собственнымъ литературнымъ трудамъ; иначе говоря, я стремился къ тому, чтобы авторъ извѣстной идеи или труда высказывалъ свой взглядъ предъ моими читателями, такъ сказать, своими словами. Отсюда послѣдовало: множество выписокъ изъ того или другаго сочиненія описываемаго дѣятеля, частыя ссылки на подлинныя слова автора, параллели между направленіями одного и другаго автора той же

школы, сопоставленіе однородныхъ фактовъ различныхъ дѣятелей и, наконецъ, общій обзоръ предмета съ извѣстной точки зрѣнія для болѣе яснаго и краткаго уясненія опредѣленнаго момента госпитальной жизни.—Результатомъ такой обширной задачи явились ниже представленные, быть можетъ, чрезмѣрно пространные очерки «*Современныхъ школъ хирургіи Англіи и Шотландіи*».

Зорко слѣдя за теченіями своихъ мыслей при составленіи предлагаемой книги, я не упускалъ изъ виду и того закона, что слишкомъ широкій горизонтъ дѣлаетъ разсматриваемые предметы неясными, расплывчатыми; вотъ почему я стремился болѣе выдающіеся моменты клинической хирургіи придвигать къ горизонту читателя; иначе говоря, я очерчивалъ болѣе важные вопросы современной хирургіи въ формѣ отдѣльныхъ звеньевъ, таковыми представлены: «*антисептика и асептика ранъ*», «*консервативное и активное направленіе въ оперативной хирургіи*», «*травматическія поврежденія головы*», «*хирургія мозга*», «*почечное камнесѣченіе*» и т. п.—Но всѣ эти звенья составляютъ, или, точнѣе, могутъ составить одну неразрывную цѣпь.

Прежде, чѣмъ ввести читателя въ этотъ сложный міръ англійской госпитальной жизни, я считаю необходимымъ начертить общую программу своей задачи въ формѣ отдѣльныхъ вопросовъ, рѣшенія которыхъ послужатъ мнѣ средствомъ указать общую связь отдѣльныхъ моментовъ, входящихъ въ составъ предлагаемой книги.

1) *Что особенно характернаго въ строѣ госпитальнаго и врачебно-образовательнаго дѣла Англіи и Шотландіи?*—Во-первыхъ, тамъ интересы страждующаго люда неразрывно связаны съ задачами медицинскихъ школъ.—Наибольшій контингентъ больныхъ служитъ клиническимъ матеріаломъ для обучающихся медицинѣ.—Всѣ общественныя больницы служатъ полемъ дѣятель-

ности какъ для образованія молодыхъ врачей, такъ и для дальнѣйшаго развитія спеціалистовъ по главнымъ отраслямъ врачебновѣдѣнія. Различныя ступени госпитальной іерархіи способствуютъ всестороннему изученію больничнаго дѣла, причемъ самое изученіе происходитъ подъ надзоромъ болѣе опытныхъ товарищей.—Подобный безпрерывный контроль старшихъ надъ младшими членами врачебной корпораціи въ Англіи и Шотландіи отнюдь не считается предосудительнымъ, либо тягостнымъ для врачей, стремящихся прогрессировать въ своихъ научныхъ и практическихъ свѣдѣніяхъ по избранной ими спеціальности.- Но указанный контроль за развитіемъ врачей не есть контроль правительственный, академическій или школьный; онъ производится согласно съ требованіями соціальной жизни многолюдной корпораціи врачей; иначе говоря, соціальныя условія англійскихъ врачей уже съиздавна создали средства самообразованія или взаимнаго обученія своихъ сочленовъ въ формѣ учрежденія различныхъ Обществъ, какъ «Королевская Коллегія Медиковъ», «Королевская Коллегія Хирурговъ», «Факультетъ Медиковъ и Хирурговъ» (въ Глазгоо), «Общество Аптекарей и Практикантовъ» и т. п.—Благодаря существованію такихъ центровъ дальнѣйшаго самоусовершенствованія, англійскіе врачи не оканчиваютъ своего образованія въ школѣ, какъ это заурядъ бываетъ во Франціи, Германіи и у насъ въ Россіи, а, напротивъ того, только по окончаніи общаго курса наукъ въ медицинской школѣ они начинаютъ основательно изучать, какъ теоретически, такъ и практически избранную отрасль медицины, хирургіи, акушерства, гигіэны и т. п.— Всѣ вышеуказанныя великобританскія врачебныя Общества, по своимъ задачамъ и средствамъ выполненія послѣднихъ, не могутъ быть поставлены на одну линію съ врачебными Обществами континента Европы.

И такъ, *въ средствахъ самообразованія или взаимнаго обученія врачей лежитъ одна изъ характерныхъ особенностей* всего врачебнаго строя Англіи и Шотландіи.

Во-вторыхъ, какъ ни высоко стремленіе каждаго англійскаго врача совершенствоваться въ избранной спеціальности, онъ никогда не теряетъ изъ виду непосредственной пользы больнаго. Скажу болѣе, въ англійскихъ госпиталяхъ врачъ прежде всего—врачъ, цѣлитель недуговъ страждующаго люда,—а затѣмъ только, наблюдатель явленій больнаго организма.

Нигдѣ въ Англіи и Шотландіи клиника не служитъ лабораторіею экспериментальнаго изученія патологическихъ процессовъ, а задача ея—оказывать посильную помощь больному согласно современнымъ, но твердо установившимся методамъ леченія.—Вотъ почему уходъ за больными, заботы объ удовлетвореніи всѣхъ нуждъ страждущихъ, какъ физическихъ, умственныхъ, такъ и нравственныхъ и эстетическихъ потребностей послѣднихъ, выдвигаются на первый планъ.—Короче, англійскіе госпитали—суть семейные дома англійскаго общества. Эти общественные пріюты созидаются, поддерживаются и управляются самимъ обществомъ; вся администрація англійскихъ госпиталей сосредоточивается исключительно въ рукахъ попечителей, жертвующихъ извѣстныя суммы денегъ на содержаніе этихъ пріютовъ. Результатомъ такого веденія госпитальнаго дѣла является дуализмъ; въ иныхъ госпиталяхъ самыя полезныя требованія врачебнаго персонала нерѣдко встрѣчаютъ отпоръ со стороны лицъ, не могущихъ стать на точку зрѣнія врача по своему узкому кругозору на задачи гигіэны. Однакоже, высокій нравственный цензъ и извѣстный тактъ врачей, внушающіе попечителямъ особенное уваженіе къ членамъ врачебной корпораціи вообще, устраняютъ главныя неудобства такого дуализма: въ главныхъ вопросахъ госпитальной жизни англійскій врачъ de facto остается хозяи-

номъ своего дѣла. — Но такъ какъ отвѣтственность врача за благосостояніе здоровья больныхъ, предоставленныхъ его попеченію, чрезвычайно велика, то въ большихъ госпиталяхъ Англіи съиздавна установленъ обычай—выписывать больныхъ изъ палатъ или предпринимать какія-нибудь важныя операціи надъ тѣмъ или другимъ больнымъ не иначе, какъ по взаимному соглашенію всѣхъ врачей, работающихъ въ данномъ госпиталѣ.—Подобныя «медицинскія совѣщанія» (medical councils) служатъ контролемъ надъ врачебными дѣйствіями отдѣльныхъ лицъ. Въ виду того, что въ составъ этой санкціонирующей власти входятъ врачи различныхъ взглядовъ и направленій (молодые, средніе и старшіе врачи), то рѣшенія вопросовъ на «медицинскихъ совѣщаніяхъ» преимущественно представляютъ собою плодъ зрѣлаго, всесторонняго клиническаго анализа того или другаго больнаго и правильной постановки раціональной терапіи. Отсюда вытекаютъ: устраненіе шаблонности въ леченіи извѣстныхъ формъ болѣзней и, рядомъ съ этимъ, предохраненіе больныхъ отъ увлеченій врачей новыми средствами леченія.— Короче, въ англійской госпитальной хирургіи—раціональный *сберегательный* (консервативный) способъ леченія есть преобладающій агентъ; но, вмѣстѣ съ тѣмъ, и *активное* направленіе современной хирургіи весьма часто примѣняется въ госпитальной практикѣ, но не иначе, какъ по предварительной строгой оцѣнкѣ предлагаемой мѣры не однимъ лицомъ (новаторомъ), а цѣлой корпораціею практическихъ и научныхъ врачей.

Въ строгомъ проведеніи принципа—*лечить людей, а не болѣзни, и что клиника не есть и не должна стать лабораторіею*—я вижу вторую особенность врачебнаго строя Великобританіи.

2) *Находитъ-ли противугнилостный* (respective Листеровскій) *способъ леченія всеобщее употребленіе въ британскихъ госпиталяхъ?*

Не смотря на то, что реформаторомъ современной хирургіи, по справедливости, признаютъ Джозефа Листера—британскаго дѣятеля на хирургическомъ поприщѣ,— тѣмъ не менѣе, ни въ одномъ изъ государствъ европейскаго континента практическое примѣненіе Листеровскаго ученія не встрѣчало такого сильнаго отпора, какъ въ англійскихъ госпиталяхъ. Въ нижеприведенныхъ очеркахъ клинической дѣятельности англійскихъ школъ медицины читатель встрѣтитъ нѣкоторыхъ весьма солидныхъ ученыхъ—хирурговъ, которые по-нынѣ не признаютъ нужнымъ или необходимымъ слѣдовать строгимъ предписаніямъ противугнилостнаго способа леченія ранъ.—Это явленіе госпитальной жизни, какъ оно, съ перваго взгляда, ни кажется страннымъ или отсталымъ, имѣетъ свое раціональное основаніе. Во-первыхъ, несомнѣнно, что англійскіе госпитали, благодаря своимъ особеннымъ благопріятнымъ санитарнымъ условіямъ, не представляли собою такихъ очаговъ удобныхъ для развитія различныхъ зародышей заразныхъ болѣзней, извѣстныхъ подъ именемъ бичей хирургическихъ больныхъ, какъ прежніе госпитали континента Европы.—Поэтому результаты операцій многихъ хирурговъ англійскихъ школъ давно уже представлялись на столько успѣшными, что они не видѣли надобности прибѣгать къ новымъ чрезвычайнымъ мѣрамъ.

Во-вторыхъ, всякое нововведеніе въ англійскую госпитальную практику подвергается, какъ это я только-что указалъ, всесторонней критической оцѣнкѣ со стороны многихъ спеціалистовъ, которые не увлекаются никакими новшествами и не преклоняются ни предъ какими авторитетами.—Вотъ почему для всеобщаго введенія противугнилостнаго способа леченія ранъ въ Англіи требовалось предварительно много фактическихъ данныхъ, которыя доказывали-бы во-очію преимущество этого способа предъ обыкновенными сред-

ствами леченія операціонныхъ ранъ. Эту задачу выполнили ученики Листера: Уатсонъ-Чейне и Сзорнтонъ. Строго научная статистика операцій, обнародованная названными хирургами, быстро подвинула впередъ ученіе Листера и способствовала распространенію антисептики среди великобританскихъ хирурговъ. — Въ особенности это ученіе встрѣтило сочувствіе въ шотландскихъ клиникахъ (въ Эдинбургѣ преимущественно), гдѣ научная сторона медицины стоитъ на болѣе высокомъ уровнѣ, нежели въ Лондонскихъ школахъ вообще.

Въ третьихъ, возможность провести теченіе ранъ *асептически*, доказанная многочисленными наблюденіями Бэнтока и Лаусонъ-Тэйта, равнымъ образомъ удерживаютъ многихъ хирурговъ отъ обязательнаго введенія *антисептики*.

Правда, что *безгнилостное* теченіе ранъ, безъ содѣйствія различныхъ химическихъ агентовъ, а лишь посредствомъ мѣръ профилактическихъ (какъ обезпложиваніе перевязочнаго матеріала, безусловная чистота и опрятность всѣхъ предметовъ, приходящихъ въ соприкосновеніе съ хирургическими больными и т. п.), достигается значительно труднѣе, нежели мѣрами *противугнилостными* (какъ карболовая, салициловая кислоты, сулема, іодоформъ и т. п.); но, какъ видно, *асептика* начинаетъ сильно конкурировать съ *антисептикой* не только въ Великобританіи, но и во многихъ клиникахъ германскихъ школъ хирургіи.

Слѣдовательно, было-бы ошибочно признать англійскихъ хирурговъ рутинёрами лишь потому, что нѣкоторые изъ нихъ *не считаютъ для себя обязательнымъ антисептическій способъ леченія ранъ*.

3) *Какъ относится великобританская школа хирургіи къ новымъ методамъ операцій?* На этотъ вопросъ я могъ-бы отвѣтить весьма кратко, если-бы не опасался, что постановка самаго вопроса можетъ быть не ясно понята

моими читателями. Необходимо замѣтить, что вообще англійскіе хирурги относятся крайне осмотрительно ко всѣмъ оперативнымъ пріемамъ, влекущимъ за собою физіологическій ущербъ организму, какъ, напримѣръ, къ операціямъ: ампутація языка, удаленіе щитовидной желѣзы, вылущеніе гортани, резекція желудка или кишечнаго канала, удаленіе значительной части грудной клѣтки (операція Эстландера), вылущеніе всей селезенки, вырѣзываніе стѣнки мочеваго пузыря и т. п Всѣ эти операціи, пріобрѣвшія право гражданства въ хирургіи только въ послѣднее десятилѣтіе и такъ широко примѣняющіяся въ хирургической практикѣ нѣмецкихъ клиницистовъ, не пользуются довѣріемъ среди большинства дѣятельныхъ (respective активныхъ) хирурговъ англійскихъ школъ. По крайней мѣрѣ, во время моихъ немалочисленныхъ посѣщеній англійскихъ и шотландскихъ клиникъ, мнѣ ни разу не приходилось видѣть производство одной изъ выше перечисленныхъ операцій, тогда какъ въ хирургическихъ клиникахъ Германіи я присутствовалъ при многихъ, безъ всякаго, съ моей стороны, особеннаго старанія. Но опять-таки нельзя на основаніи этого явленія утверждать, будто британская школа отказывается отъ всякаго прогресса въ оперативной хирургіи. Напротивъ того, читатель ниже убѣдится въ томъ, что нѣкоторые весьма смѣлые оперативные пріемы, какъ вырѣзываніе опредѣленныхъ участковъ мозговой ткани, вскрытіе почекъ чрезъ поясничную область, резекція позвоночнаго столба и т. п. не только впервые стали примѣняться англійскими хирургами, но и производятся съ большимъ успѣхомъ во многихъ общественныхъ больницахъ Англіи и Шотландіи.

Хирургическіе же пріемы, которые даютъ, такъ сказать, только оперативный, но не терапевтическій успѣхъ, не пользуются особеннымъ довѣріемъ британскихъ хирурговъ. Такъ, я видѣлъ, что большинство

англійскихъ клиницистовъ предпочитаютъ многихъ больныхъ, страдающихъ злокачественными опухолями (какъ рецидивы carcinoma, sarcoma, lymphosarcoma и т. п.), отсылать въ спеціальныя для того устроенныя больницы, гдѣ терапія состоитъ въ противупринадочномъ или выжидательномъ способѣ леченія, нежели подвергать ихъ лишенію цѣлыхъ органовъ, функція которыхъ весьма трудно восполняется другими органами. Большинство же новыхъ вышеперечисленныхъ операцій показуемы только при злокачественныхъ новообразованіяхъ и потому требуютъ такихъ обширныхъ пожертвованій со стороны организма, какъ урѣзываніе всей прямой кишки съ удаленіемъ крестца (операція Краске и Фолькмана), удаленіе всего языка и дна ротовой полости, или вылущеніе всей гортани (операціи Бильрота) и т. п.

Въ виду всего сказаннаго, я полагаю, что не уклонюсь ни отъ истины, ни отъ прямаго отвѣта на вышепоставленный вопросъ, если скажу, что *успѣхъ оперативной хирургіи въ Британіи идетъ параллельно съ развитіемъ патологіи и хирургической діагностики.*

4) *Какія формы болѣзни встрѣчаются въ британскихъ хирургическихъ клиникахъ, которыя придаютъ послѣднимъ свои особенности или нѣкоторое отличіе отъ клиникъ континента Европы?*

И этотъ вопросъ требуетъ нѣкоторыхъ разъясненій. Кто часто посѣщалъ заграничныя клиники въ различныхъ государствахъ Европы, тотъ легко могъ замѣтить, что нѣкоторыя формы болѣзни встрѣчаются въ иныхъ мѣстностяхъ особенно часто: такъ, въ швейцарскихъ клиникахъ (напр., въ клиникѣ проф. Кохера въ Бернѣ) наблюдаются сотни случаевъ зоба, въ сѣверо-германскихъ клиникахъ (какъ въ Галле, у проф. Фолькмана, въ Гёттингенѣ, у проф. Кёнига) встрѣчается особенно часто туберкулозное пораженіе сочлененій; въ парижскихъ клиникахъ—ризличные виды

arthritis deformans и lithiasis; въ лондонскихъ клиникахъ наблюдаются относительно часто аневризмы, каменная болѣзнь и искривленія позвоночника и конечностей, въ шотландскихъ клиникахъ—также послѣдствія рахита. Вообще-же ни въ одной изъ континентальныхъ клиникъ Европы мнѣ не приходилось видѣть столько случаевъ перевязки крупныхъ артерій, какъ въ лондонскихъ госпиталяхъ; равнымъ образомъ весьма часто можно видѣть операцію камнесѣченія почти въ каждой изъ вышеописанныхъ больницъ Лондона, не говоря уже о существующей спеціальной больницѣ—«St. Peter's hospital». Далѣе, различныя искривленія скелета создали въ Англіи особенную спеціальность — *ортопедію,* которая преимущественно широко практикуется въ «Royal Orthopaedic hospital» въ Лондонѣ. Въ нижепредставленномъ очеркѣ дѣятельности названной больницы я указываю на два способа леченія искривленій скелета: на механическій или физіологическій способъ и на оперативный или насильственный способъ выпрямленія скелета нижней конечности; первый способъ преимущественно примѣняется въ лондонскихъ больницахъ, второй—въ Глазгоо, особенно въ клиникѣ проф. Мэкъ-Юэна; такого большаго числа остеотомій, какое можно видѣть въ больницѣ «Royal Infirmary» въ Глазгоо, нельзя встрѣтить ни въ одной изъ континентальныхъ клиникъ Европы.

Наконецъ, къ числу особенностей клиническаго матеріала британскихъ госпиталей слѣдуетъ, я думаю, причислить и травматическія поврежденія. Хотя эти формы страданія наблюдаются во всѣхъ клиникахъ и общественныхъ больницахъ, но наврядъ-ли гдѣ-либо на континентѣ число острыхъ поврежденій достигаетъ такой неимовѣрно высокой цифры, какъ это наблюдается въ «London hospital». — Я имѣю возможность представить здѣсь двадцатилѣтнюю статистику травматическихъ поврежденій названнаго госпиталя. Ни-

жеприведенныя числа представятся еще болѣе значительными, если не упустимъ изъ виду, что въ «London hospital» всего 400 хирургическихъ коекъ, на которыхъ пребываетъ въ годъ до 4,589 больныхъ.

Таблица А [1]). **Двадцатилѣтняя статистика травматическихъ поврежденій въ «London hospital» за 1865—1884 г. включительно.**

Годъ.	I. Переломы.	II. Раненія.	III. Ушибы.	IV. Вывихи.	V. Ожоги и отморoженія.	VI. Укусы собакъ.	VII [2]). Прочіе виды поврежденій.	VIII. Всего.
1865	1867	3326	4766	1769	743	222	2306	15099
1866	1737	3614	5121	1981	751	253	2787	16244
1867	1796	3393	5042	1926	762	270	1783	15962
1868	1947	3689	5023	2431	750	214	2705	17759
1869	1797	3031	3334	1730	653	57	1135	12737
1870	1913	3067	3198	1416	691	86	2370	12741
1871	1690	3414	3755	1361	720	85	1482	12507
1872	1857	3580	3489	1084	670	71	1788	12539
1873	1889	3719	3111	1150	705	105	1710	12389
1874	1946	3654	2471	769	678	65	1649	11132
1875	1953	3214	1651	426	652	46	1447	9389
1876	2169	3540	2375	763	677	73	1697	11294
1877	2035	3960	2657	900	722	105	1654	12035
1878	2216	3190	1512	444	611	71	1668	9712
1879	1864	2665	854	380	600	30	486	7879
1880	2053	3704	1920	665	662	52	1908	10964
1881	2012	3458	1602	485	679	48	703	9987
1882	1676	3451	1785	498	653	47	1955	10065
1883	1775	2846	941	342	680	18	1695	8317
1884	1802	3102	895	323	684	17	1836	8659

Изъ этой таблицы явствуетъ, что въ теченіи одного года въ одномъ лондонскомъ госпиталѣ получаютъ хи-

---

[1]) Она заимствована мною изъ отчета Mile End. *The London hospital and Medical College. 101 Session.* 1885.

[2]) Въ эту рубрику входятъ различнаго рода поврежденія, какъ-то: воспалительные процессы, ожоги кислотами, ущемленія грыжъ, застрѣваніе инородныхъ тѣлъ въ гортани, задержаніе мочи и т. п. острыя заболѣванія, которыя англичане обозначаютъ именемъ *urgent extra accidents cases.*

ругическую помощь при травматическихъ поврежденіяхъ отъ 8,000—16,000 больныхъ. Подобное громадное число поврежденій наблюдается только при большихъ войнахъ. Такъ, для примѣра, мы можемъ сравнить это число поврежденныхъ съ количествомъ солдатъ, выбывшихъ изъ строя германской арміи во время знаменитаго сраженія подъ Седаномъ (1 сентября 1870 г.). По статистикѣ д-ра Энгеля [1]), въ этомъ сраженіи участвовало германскаго войска 170—180,000 человѣкъ; изъ этого числа выбыло убитыхъ и раненыхъ 8,120 человѣкъ, что составляетъ 4,5—4,8% наличнаго состава арміи. Слѣдовательно, если принять такое же отношеніе пострадавшихъ къ числу рабочихъ, имѣющихъ шансы подвергаться травматическимъ поврежденіямъ, то нужно допустить, что въ лондонскомъ участкѣ—Whitechapel Road, гдѣ расположенъ «London hospital», функціонируютъ фабрики съ цѣлою арміею рабочихъ, численностью не менѣе 200,000 человѣкъ, которые подвергаются опасности быть поврежденными съ такою же вѣроятностью, какъ солдаты при Седанскомъ боѣ Прусско-Французской кампаніи 1870 г.

Но не только названный госпиталь изобилуетъ острыми случаями поврежденія; и въ другихъ больницахъ Лондона встрѣчается множество случаевъ травматическихъ поврежденій; такъ, въ «St. Bartholomew's hospital» въ 1883 году однихъ лишь стаціонарныхъ больныхъ этой категоріи (точнѣе переломы, раненія и вывихи) числилось 1159 случаевъ.

На основаніи этихъ статистическихъ данныхъ, я вправѣ предположить, что *ни одно изъ государствъ континента Европы не подвергается травматической эпидеміи въ такой сильной степени, какъ Великобританія.*

5) Изъ этого заключенія само собою вытекаетъ во-

---

[1]) См. Engel. *Die Verluste der deutschen Armeeen an Officieren und Mannschaften im Kriege gegen Frankreich 1870 u. 1871.* Berlin 1872.

просъ: *какъ велика статистика ампутацій конечностей въ британскихъ госпиталяхъ?*

При такой массѣ травматическихъ поврежденій хирургъ-экскурсантъ вправѣ былъ бы ожидать—видѣть въ британскихъ госпиталяхъ десятки случаевъ ампутацій на конечностяхъ ежедневно. Но, въ дѣйствительности, эта категорія операцій производится здѣсь не такъ часто, какъ мы этого ожидали; по меньшей мѣрѣ, въ Лондонскихъ госпиталяхъ конечности ампутируются не чаще, нежели въ нѣкоторыхъ германскихъ клиникахъ. Такъ, напримѣръ, читатель увидитъ (см. табл. X стр. 231), что въ «St. Bartholomew's hospital», имѣющемъ до 5,000 хирургическихъ больныхъ въ годъ, среднимъ числомъ (изъ десятилѣтней статистики 1874—1883 г. включит.) производится всего 56 ампутацій въ годъ; почти такое-же число ампутацій наблюдается въ клиникѣ проф. Фолькмана въ Галле [именно 261 большая ампутація въ теченіи 6 лѣтъ 1874—1880 [1]], при значительно меньшемъ составѣ стаціонарныхъ больныхъ, именно до 1,500 въ годъ.

Къ сожалѣнію, не во всѣхъ доступныхъ мнѣ отчетахъ британскихъ клиникъ приводится статистика ампутацій; поэтому я вынужденъ здѣсь ограничиться данными трехъ большихъ госпиталей—Лондона, Эдинбурга и Глазгоо, чтобы подтвердить вышесказанное. Эти небольшія цифры, я полагаю, могутъ служить также нѣкоторымъ мѣриломъ сберегательнаго направленія британскихъ хирурговъ. Съ этою цѣлью я въ нижеприведенной таблицѣ Б сопоставлю число операцій вообще съ числомъ произведенныхъ ампутацій на конечностяхъ во всѣхъ трехъ госпиталяхъ Великобританіи.

---

[1]) См. Oberst. *Die Amputationen unter dem Einflusse der antisept. Behandlung in der Volkmann'schen Klinik in Halle.* 1882, стр. 13.

Таблица Б. **Статистика ампутацій конечностей въ параллель съ статистикой большихъ операцій, произведенныхъ въ британскихъ госпиталяхъ въ антисептическій періодъ хирургіи.**

№ послѣдующей таблицы.	Названіе госпиталя и города.	Отчетное время.	Годовое число операцій вообще.	%смертности общихъ операцій.	Число ампутацій.	Изъ этого числа умерло.	%смертности ампутир.	Среднее число ампутацій въ годъ.
X	«St. Bartholomew's hosp.» of London.	1874—1883	856	10,3%	567	96	16,9%	56,7
XXIII	«Royal Infirmary» of Edinburgh . . .	1881—1884	172	3,6%	120	5	4,1%	30
XXIV	«Royal Infirmary» of Glasgow	1884	795	6,6%	103	16	15,5%	103
					790	117	14,8	

Изъ послѣдней рубрики этой таблицы видно, что ежегодное число ампутированныхъ вообще—невелико; наибольшее число наблюдается въ Глазгоо, наименьшее—въ Эдинбургѣ, среднее—въ Лондонѣ. Эти выводы вполнѣ согласуются съ особенностями соціальной жизни каждаго изъ трехъ названныхъ городовъ Великобританіи и, быть можетъ, также съ направленіемъ хирурговъ каждой изъ трехъ школъ. Фабричная и заводская промышленность—въ сравненіи съ плотностью народонаселенія названныхъ городовъ—развита значительно больше въ Глазгоо, нежели въ Эдинбургѣ, и даже, весьма вѣроятно, больше нежели въ Лондонѣ. Вотъ почему годовое число ампутацій въ глазговскомъ госпиталѣ почти вдвое больше, чѣмъ въ лондонскомъ и почти втрое больше, нежели въ эдинбургской больницѣ. Что-же касается смертности большихъ операцій вообще, то она, очевидно, стоитъ въ связи съ конституціей госпиталей: «Королевская больница» въ Эдинбургѣ въ гигіэническомъ отношеніи стоитъ несомнѣнно выше, нежели «Королевская больница» въ Глазгоо, а эта послѣдняя, въ свою очередь, выше «St. Bartholomew's hospital» въ Лондонѣ; поэтому оперативная смертность въ первой—3,6%, во второй—6,6%, а въ третьемъ—10,3%. При этомъ считаю нужнымъ оговориться, что я не претендую на безусловную непогрѣ-

шимость этихъ заключеній, такъ какъ для этого приведенныя мною числа слишкомъ малы; но эти данныя вполнѣ согласуются съ тѣми явленіями госпитальной жизни, которыя будутъ мною указаны ниже при описаніи дѣятельности каждаго изъ упомянутыхъ госпиталей.

Итакъ, на основаніи рѣшеній послѣднихъ двухъ вопросныхъ пунктовъ, я вправѣ заключить, что въ Великобританіи *консервативное направленіе — при леченіи травматическихъ поврежденій — преобладаетъ надъ активнымъ вмѣшательствомъ.*

6) *Гдѣ лежитъ источникъ строгаго консервативнаго направленія британскихъ школъ хирургіи?*

Я полагаю, что въ тѣхъ старыхъ традиціяхъ, которыя были положены въ основу англійской раціональной хирургія еще Джономъ Гёнтеромъ, слѣдуетъ искать рѣшенія только-что поставленнаго вопроса.— Припомнимъ здѣсь слова этого безсмертнаго учителя: «Оперировать—значить изувѣчить больнаго, котора- «го мы не можемъ излечить; *всякая операція,* говорилъ «Джонъ Гёнтеръ, *должна быть разсматриваема какъ «выраженіе несовершенства нашего искусства»* [1]). Этотъ афоризмъ, высказанный Гёнтеромъ съ кафедры сто слишкомъ лѣтъ тому назадъ по-нынѣ сохраняется въ памяти не только старыхъ, но и молодыхъ хирурговъ Англіи. Вотъ почему въ британскихъ госпиталяхъ болѣе, чѣмъ гдѣ-либо на западѣ Европы, всякая операція составляетъ ultimum refugium хирургическаго леченія. — Здѣсь хирурги, какъ я это ниже подтверждаю многими фактами, не столько стремятся къ изобрѣтенію новыхъ способовъ операцій, сколько къ усовершенствованію хирургическаго искусства вообще; даже такіе несложные и вполнѣ безопасные оперативные пріемы, какъ тенотомія при искривленіяхъ

---

[1]) См. главу XVI. Жизнеописаніе Джона Гёнтера.

стопы, подвергаются строгой критикѣ со стороны многихъ хирурговъ (Нобель Смитъ, Элисъ и др.), ставившихъ задачей своего искусства—помогать силамъ природы безъ всякаго посредства ножа.

Затѣмъ, другая традиція англійской хирургіи — чѣмъ тверже анатомическія познанія оператора, тѣмъ осмотрительнѣе будетъ его оперативное искусство,— по-нынѣ входитъ въ основу воспитанія и развитія каждаго англійскаго врача-хирурга.—Нигдѣ въ Европѣ секціонный анатомическій столъ не играетъ роли неминуемаго порога къ хирургической клиникѣ, какъ это является conditione sine qua non во всѣхъ школахъ медицины Англіи и Шотландіи.—Цѣлыя поколѣнія, какъ, напримѣръ, родъ Монро [1]), Бэль, Гёнтеръ посвящаютъ столѣтія на изученіе анатоміи человѣческаго тѣла.—Но въ Британіи эта отрасль человѣческихъ познаній составляетъ не мертвую науку, стоящую вдали отъ движенія другихъ отраслей медицинскихъ знаній, а, напротивъ того, она тѣсно связана съ послѣдними. Анатомія, какъ наука о мертвомъ тѣлѣ, должна служить средствомъ для сохраненія цѣлости и функціи живаго тѣла.—Вотъ почему въ Англіи анатомію человѣка изучали, да и теперь изучаютъ преимущественно хирурги — лица, которымъ приходится возстановлять нарушенное равновѣсіе въ функціи или цѣлости отдѣльныхъ органовъ живаго организма; главнымъ же орудіемъ при такой задачѣ врача должны служить твердыя практическія свѣдѣнія о строеніи человѣческаго тѣла. Короче, въ Британіи анатомія есть прикладная наука.

А такъ какъ анатомическіе факты стоятъ весьма твердо въ наукѣ, то и выводы, основанные на этихъ фактахъ, не могутъ подвергаться такимъ сильнымъ колебаніямъ, какъ это допускаютъ другіе хирурги,

---

[1]) См. главу XVIII.

обосновывающіе свое искусство на шаткихъ теоретическихъ соображеніяхъ.

Въ этихъ-то твердыхъ анатомическихъ основахъ оперативнаго искусства англійскихъ хирурговъ и лежитъ источникъ ихъ консервативнаго направленія.

7) *Умаляется-ли достоинство анатоміи, какъ науки, вслѣдствіе стремленія ея представителей сдѣлать ее прикладною?* Никоимъ образомъ! Практическій взглядъ англійскихъ дѣятелей на жизнь вообще не лишаетъ же ихъ возможности наблюдать явленія въ организмѣ больнаго человѣка, анализировать эти явленія и усовершенствовать средства, возстановляющія нарушенное равновѣсіе въ больномъ организмѣ.

Бильротъ въ своихъ лекціяхъ по хирургической патологіи говоритъ: «Наблюдать критически и дѣлать «изъ своихъ наблюденій вѣрные выводы—это искус-«ство, талантъ, наука» [1]. Всѣ эти качества—въ большей или меньшей степени—мы находимъ въ представителяхъ англійскихъ и шотландскихъ школъ хирургіи. Для того, чтобы не быть голословнымъ въ своихъ заключеніяхъ, я считалъ необходимымъ представить читателямъ хотя-бы краткій очеркъ ученой дѣятельности каждаго выдающагося представителя британской хирургіи. По этимъ очеркамъ литературныхъ трудовъ англійскихъ и шотландскихъ хирурговъ читателю не трудно убѣдиться въ томъ, что множество тщательно обработанныхъ наблюденій, строго критическихъ выводовъ и, наконецъ, не малая доля оперативнаго искусства внесены въ общую сокровищницу человѣческихъ познаній—медицину, только благодаря научнымъ трудамъ британскихъ хирурговъ. — Стало быть, отрицать всякія научныя заслуги въ англійскихъ хирургахъ только потому, что они не изучаютъ

---

[1]) См. Бильротъ и Винивартеръ. «*Общая хирургическая патологія и терапія*». Русскій переводъ съ 13-го изданія Ю. Гольдендаха, Москва 1889, стр. 19.

науки анатоміи ради науки—по меньшей мѣрѣ—нелогично. Я, напротивъ того, позволю себѣ высказать подобный афоризмъ: вслѣдствіе реальнаго направленія англійскихъ ученыхъ вообще, ихъ идеалы дѣлаются болѣе реальными. Этотъ афоризмъ подтверждается многими научными изслѣдованіями братьевъ Гёнтеръ, Чарльса Бэля, Эстлея Купера, Джозефа Листера и многихъ другихъ британскихъ хирурговъ, высокое значеніе которыхъ признано всѣми европейскими авторитетами науки.

8) Другой вопросъ—*всѣ-ли современные представители британскихъ школъ хирургіи стоятъ одинаково твердо подъ знаменемъ науки?* Въ послѣдующихъ очеркахъ, я именно обращаю вниманіе на эту сторону современныхъ дѣятелей англійскихъ и шотландскихъ школъ.—Нѣкоторые изъ нихъ, какъ читатель самъ легко подмѣтитъ, стоятъ на извѣстномъ уровнѣ, который далеко не можетъ назваться современнымъ, таковы, для примѣра: Вуудъ, Гольмсъ, Генри Смитсъ, Гётчинсонъ (въ Лондонѣ); другіе дѣятели суть просто эмпирики, какъ Мэкъ-Лоудъ (въ Глазгоо), Бэруеллъ и Коульсонъ (въ Лондонѣ); третью категорію британскихъ хирурговъ можно назвать послѣдователями германскаго направленія современной хирургіи, т. е., ихъ дѣятельность выражается преимущественно въ активномъ вмѣшательствѣ оперативнаго искусства, таковы: Лукасъ, Джэкобсонъ (въ Лондонѣ), Анэндель (въ Эдинбургѣ); наконецъ, послѣдняя категорія, въ составъ которой входитъ большинство современныхъ дѣятелей, какъ: Джозефъ Листеръ, Уатсонъ-Чейне, Мэкъ-Кормакъ, Гисзъ, Сзорнтонъ, Бэнтокъ, Тревсъ, Генри Томсонъ (въ Лондонѣ, Джонъ Чійне, Джозефъ Бэль (въ Эдинбургѣ), Мэкъ-Юэнъ (въ Глазгоо) и многіе другіе— и составляетъ тотъ контингентъ научно-практическихъ представителей, который придаетъ особенность

всей британской школѣ хирургіи и высоко держитъ знамя науки.

Вслѣдствіе обилія дѣятелей и ихъ разнообразія въ направленіяхъ, я, хотя-не-хотя, долженъ былъ отнестись критически къ трудамъ каждаго изъ нихъ, чтобы выяснить читателю, по меньшей мѣрѣ, ихъ характерныя особенности и, главное, указать имъ должное мѣсто въ ряду современныхъ сподвижниковъ британской хирургіи. Эта-то послѣдняя сторона моей задачи побуждала меня внести въ свои очерки, помимо фактическаго описанія *«Современныхъ школъ хирургіи»*, еще и критико-библіографическій разборъ затронутыхъ вопросовъ, что и породило такую массу литературнаго труда.

Конечно, не мнѣ судить, на сколько этотъ трудъ окажется производительнымъ; однакоже, не могу не высказать своего опасенія въ томъ, чтобы «изъ-за деревьевъ и лѣса не стало-бы видно», т. е., не сочтутъ-ли нѣкоторые изъ читателей этотъ критико-библіографическій отдѣлъ излишнимъ баластомъ книги. Но въ оправданіе себя я могу только замѣтить, что — на сколько мнѣ извѣстно — никѣмъ изъ моихъ соотечественниковъ не было сдѣлано попытки въ сказанномъ направленіи. Довольствоваться же однимъ лишь реферированіемъ трудовъ, я считалъ подчасъ нежелательнымъ, ибо, какъ замѣчаетъ вновь народившійся русскій органъ «Медицина»: «одни лишь рефера-«ты отучаютъ врача отъ наблюденія и даже мѣшаютъ «самостоятельному его развитію, а часто внушаютъ «слишкомъ мало довѣрія къ себѣ, особенно въ виду «отсутствія у насъ критики» [1].

И такъ, читатель, вотъ тотъ рядъ звеньевъ, который составляетъ цѣпь вопросовъ современной хирургіи британской школы. По этой цѣпи, я надѣюсь, бла-

[1]) См. редакціонную статью газеты «Медицина», издаваемой С. М. Васильевымъ, № 1, 1889, Спб.

госклонный читатель убѣдится, что: *англійская хирургія сохранила со временъ* Гёнтера *до нашихъ дней какое-то особенное величіе, нѣчто цѣльное и законченное* (Бильротъ). На сколько я съумѣлъ выставить въ своихъ очеркахъ это величіе, цѣльность и законченность,— предоставляю судить безпристрастному читателю. Я сдѣлалъ, что могъ, пусть знающіе сдѣлаютъ лучше! *Quod potui feci, faciant meliora potentes*—сказалъ Горацій!

КНИГА ПЕРВАЯ.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

Англійскія школы.

ГЛАВА I.

Общій строй госпитальнаго дѣла въ Англіи.—Медицинскія школы или колледжи при общественныхъ больницахъ.—Выборное начало административныхъ лицъ врачебно-образовательныхъ учрежденій. — Выборы профессоровъ и преподавателей при медицинскихъ колледжахъ.—Три категоріи врачебнаго сословія: *медики, хирурги* и *аптекари*. «*Королевская Коллегія Медиковъ*» (Royal College of Physicians) и «*Королевская Коллегія Хирурговъ*» (Royal College of Surgeons)—какъ высшія врачебно-образовательныя учрежденія.—*Общество аптекарей* (Society of Apothecaries)—какъ разсадникъ вольныхъ практикантовъ по медицинѣ.—Высшая медицинская администрація (The General Council of Medical Education and Registration of the United Kingdom) или «*Главный Медицинскій Совѣтъ*» Соединеннаго Королевства Великобританіи; составъ и права этого учрежденія.—Организація англійскихъ госпиталей. Два главныхъ типа послѣднихъ—*государственныя* и *общественныя больницы*.—Общій перечень всѣхъ врачебно-образовательныхъ учрежденій въ Англіи, Шотландіи и Ирландіи. Источники доходовъ общественныхъ больницъ.—Обязанности сестеръ милосердія и сидѣлокъ въ больничныхъ палатахъ; содержаніе и воспитаніе госпитальной прислуги. Нѣсколько словъ о Miss Nighthingale.—Различныя градаціи госпитальнаго персонала врачей: младшій ординаторъ или *house-surgeon*, ассистентъ клиники (*assistant-surgeon*), завѣдующій отдѣленіемъ (*resident-surgeon*) и консультантъ (*consulting*); права и обязанности каждаго врача и ихъ помощниковъ или *dressers*. — Еженедѣльныя медицинскія совѣщанія (*medical consultations*) въ больницахъ.—Таблица, указывающая отношеніе числа старшихъ врачей къ числу коечныхъ больныхъ въ Англіи и Германіи.—Темныя стороны парламентарнаго управленія въ англійскихъ госпиталяхъ.—Нѣкоторыя общія заключенія.—Литературные источники.

Медицинскія школы или колледжи.

Своеобразная жизнь англичанъ создала своеобразныя лечебныя и врачебно-образовательныя учрежденія въ Великобританіи, рѣзко отличающіяся отъ подобныхъ же учрежденій другихъ европейскихъ государствъ.

Поэтому мнѣ кажется необходимымъ,—прежде чѣмъ приступить къ описанію современныхъ школъ хирургіи,—предварительно познакомить читателя съ общимъ строемъ врачебнаго дѣла въ Англіи.

Знаменитые два университета—Кэмбриджскій и Оксфордскій—преслѣдуютъ лишь чисто научныя цѣли: они выпускаютъ ученыхъ докторовъ, но не врачей; поэтому, молодые люди, желающіе посвятить себя врачебному дѣлу въ Соединенномъ Королевствѣ Великобританіи, обязаны вступить въ особыя спеціальныя школы—*medicals schools*, которыя—по программамъ преподаваемыхъ въ нихъ предметовъ—вполнѣ соотвѣтствуютъ медицинскимъ факультетамъ континентальныхъ государствъ Европы. Преимущественно эти медицинскія школы учреждены при общественныхъ больницахъ, приспособленныхъ для теоретическаго и практическаго изученія какъ основныхъ предметовъ медицины (анатоміи, физіологіи, патологіи и т. п.), такъ и главныхъ отраслей практической (клинической) медицины (терапіи, хирургіи, офтальмологіи и проч.). Подобныя врачебно-образовательныя учрежденія, называемыя *колледжами* (colleges), содержатся отчасти на счетъ пожертвованій частныхъ лицъ, отчасти же денежными взносами учащихся. Во всей Великобританіи, согласно парламентскому билю 2 августа 1858 г., называемому *Medical Act*—находится 46 медицинскихъ колледжей, изъ нихъ 11 функціонируютъ въ Лондонѣ, прочіе въ Эдинбургѣ, Глазгоо, Дублинѣ и нѣкоторыхъ провинціальныхъ городахъ.—Иные лондонскіе колледжи ведутъ свое начало съ XII вѣка (напр., *College of St. Bartholomew's hospital* основанъ въ 1102 г.) и имѣютъ весьма богатые музеи и другія учебно-вспомогательныя учрежденія.

Выборное начало административныхъ лицъ во врачебно-образовательныхъ учрежденіяхъ.

Вся администрація этихъ врачебно-образовательныхъ учрежденій сосредоточивается въ рукахъ частныхъ лицъ, т. е., попечителей (trustees) общественныхъ больницъ, во главѣ которыхъ стоитъ одинъ изъ членовъ Королевской фамиліи въ роли покровителя (protector); кромѣ того, на ежегодныхъ общихъ собраніяхъ всѣхъ жертвователей (subscribers) выбираются еще президентъ, нѣсколько вице-президентовъ, казначей и члены правленія (governors). Попечителемъ (trustee) больницы можетъ быть всякое лицо, вносящее ежегодно опредѣленную сумму (обыкновенно отъ 2—5 гиней=по курсу отъ 21—55 руб.) въ пользу этого учрежденія. Кромѣ права голоса при выборахъ лицъ больничной адми-

нистраціи, всякій попечитель извѣстной больницы получаетъ опредѣленное число билетовъ (tikets of admisson) для раздачи больнымъ, нуждающимся въ лечебной помощи; по этимъ билетамъ больные безплатно принимаются въ больницу на полное содержаніе или лечатся амбулаторно.

Врачебный персоналъ,—какъ то: консультанты, завѣдующіе отдѣленіями больницы и даже преподаватели теоретическихъ предметовъ—выбираются попечителями больницъ или колледжа. Стало быть, профессора медицинскихъ школъ не назначаются правительствомъ, а выбираются изъ числа практикующихъ врачей, заявившихъ себя извѣстными литературными трудами, клиническою опытностью въ своей отрасли практической дѣятельности и большимъ довѣріемъ, какъ среди общества вообще, такъ и среди членовъ своей корпораціи. Хотя при такомъ способѣ выбора представителей кафедръ протекція вліятельныхъ лицъ не можетъ не отозваться на составѣ преподавателей той или другой изъ медицинскихъ школъ, тѣмъ не менѣе, опытъ показываетъ, что, благодаря старымъ традиціямъ гордыхъ англичанъ, выборы профессоровъ большей частью падаютъ на самыхъ образованныхъ и опытныхъ врачей, ибо отъ этихъ послѣднихъ зависитъ и слава школы и довѣріе общества къ данной больницѣ. Профессура въ упомянутыхъ колледжахъ считается весьма почетнымъ поприщемъ, и потому представители кафедръ, равно какъ консультанты больницъ, не получаютъ никакого денежнаго вознагражденія отъ администраціи врачебно-образовательныхъ учрежденій. Однакоже, нельзя сказать, чтобы трудъ ихъ былъ вполнѣ безвозмездный: профессора получаютъ значительную сумму гонорара, вносимаго слушателями школъ, а консультанты колледжей пользуются такимъ почетомъ среди общества, что ихъ врачебный гонораръ оцѣнивается много выше гонорара обыкновеннаго практикующаго врача.

Выборы профессоровъ и преподавателей колледжа.

Врачебное сословіе въ Англіи состоитъ изъ лицъ трехъ различныхъ категорій: 1) *медиковъ*, 2) *хирурговъ*, 3) *аптекарей* или общихъ практикантовъ.

Три категоріи врачебнаго сословія:

I. *Медики или Physicians*. Еще въ 1519 г., при Генрихѣ VIII, въ Англіи основана была «*Королевская Коллегія Медиковъ*» (The Royal College of Physicians), имѣвшая назначеніе слѣдить за врачебнымъ дѣломъ во всей Англіи; эта «Коллегія» выбирала своего президента и обладала собственнымъ имуществомъ. Всякій врачъ, желавшій заниматься вольною практикой, обязанъ былъ подвергнуться особенно-

Медики.

му экзамену въ присутствіи этой Коллегіи Медиковъ. Члены ея имѣли право врачебной практики не только по внутренней медицинѣ, но и по хирургіи, равно какъ слѣдить за правильнымъ веденіемъ аптечнаго дѣла. Впослѣдствіи «Коллегія Медиковъ» отказалась отъ своихъ праaъ хирургической практики.

Въ составъ этой коллегіи входятъ слѣдующія лица:

А. *Дѣйствительные члены* (Fellows); таковыми могутъ быть доктора медицины Оксфордскаго и Кэмбриджскаго университетовъ, заявившіе себя учеными трудами по внутренней медицинѣ и выбранные членами всей Коллегіи. Только лица этой категоріи имѣютъ право приписывать къ своей фамиліи высокочтимые иниціалы F. R. C. P. (Fellow of the Royal College of Physicians).

Б. *Кандидаты на званіе члена* (Memberships) — лица, имѣющія уже званіе доктора медицины и сдавшія экзаменъ въ «Королевской Коллегіи Медиковъ», но числящіяся въ Коллегіи не болѣе четырехъ лѣтъ.

В. *Бакалавръ медицины* (Bachelor of Physic) есть званіе окончившаго курсъ въ университетѣ или колледжѣ, но не сдавшаго еще экзамена въ «Королевской Коллегіи Медиковъ» на доктора.

Г. *Лиценціаты* (Licentiate) суть врачи, неокончившіе курса въ университетѣ, но сдавшіе въ «Королевской Коллегіи Медиковъ» экзаменъ на право врачебной практики въ Лондонѣ и на протяженіи 7 миль въ окружности Лондона.

Д. *Экстра-лиценціаты*, сдавшіе экзаменъ въ «Коллегіи Медиковъ» на право врачебной практики внѣ Лондона. Лица послѣднихъ двухъ категорій никогда не могутъ получить званія члена «Королевской Коллегіи Медиковъ».

Приступающіе къ экзамену на званіе кандидата «Королевской Коллегіи Медиковъ» должны удовлетворять слѣдующимъ условіямъ: имѣть не менѣе 26 лѣтъ отъ роду, представить университетскій дипломъ и свидѣтельство въ томъ, что въ теченіи пятилѣтняго пребыванія въ медицинской школѣ ими пройдены слѣдующіе предметы: анатомія, химія, естественныя науки (преимущественно ботаника), фармакологія (materia medica), теоретическая и практическая медицина (терапія), судебная медицина, акушерство и основы хирургіи. Кромѣ того, отъ нихъ требуется свидѣтельство трехлѣтней практики въ какомъ-нибудь госпиталѣ, имѣющемъ не менѣе 100 коекъ. Вступительный экзаменъ въ

«Королевской Коллегіи Медиковъ» производится по слѣдующимъ предметамъ:

а) анатомія и физіологія,

б) общая хирургія,

в) фармакологія,

г) химія,

д) патологическая анатомія,

е) общая гигіэна,

ж) акушерство,

з) терапія (внутренняя медицина),

и) объясненіе классическаго греческаго ученаго или сочиненія Цельза и Сиденгама.

Члены «Королевской Коллегіи Медиковъ» пользуются въ Англіи весьма большимъ почетомъ, не только среди членовъ врачебной корпораціи, но и среди гражданъ вообще. Обыкновенно они практикуютъ исключительно по внутренней медицинѣ *(pure-physicians)* и навѣщаютъ больныхъ только въ роли консультанта, поэтому врачебный гонораръ ихъ очень высокъ.

II. *Хирурги или Surgeons.* Хотя хирургія, какъ спеціальность, выдѣлилась изъ общей медицины еще въ началѣ XVI столѣтія, но сословіе хирурговъ въ Англіи долгое время не пользовалось почетомъ, ибо въ составъ его входили костоправы, брадобреи и тому подобныя темныя личности. Только въ 1800 г., при царствованіи Георга III, парламентъ издалъ билль объ учрежденіи «*Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Лондонѣ*» (Royal College of Surgeons of London) и ассигновалъ 25,000 фунтовъ стерлинговъ (250 тысячъ руб.) на пріобрѣтеніе зданія и устройства знаменитаго музея, называемаго *Hunter*'s *Museum*. Позднѣе, биллемъ 14 сентября 1843 года, эта Коллегія сравнена была, по своимъ правамъ, съ «Королевской Коллегіей Медиковъ» и теперь первая носитъ названіе—«*Королевская Коллегія Хирурговъ въ Англіи*» (The Royal College of Surgeons of England) и члены ея подписываютъ свою фамилію съ прибавленіемъ иниціаловъ F. R. C. S. Хирурги.

Совѣтъ этой коллегіи состоитъ изъ одного президента, двухъ вицепрезидентовъ и 21 члена; кромѣ того, изъ состава этого Королевскаго Общества Хирурговъ выбирается особенная экзаменаціонная коммиссія изъ 10 членовъ, на обязанностяхъ которой лежитъ подвергать испытанію тѣхъ англійскихъ врачей, которые желаютъ вступить членами

«Королевской Коллегіи Хирурговъ». Доступъ въ эту коллегію также требуетъ прохожденія извѣстныхъ ступеней, которыя я опишу здѣсь въ восходящемъ порядкѣ.

А. *Бакалавръ хирургіи* (Bachelor of Surgery). Молодой человѣкъ, желающій себя посвятить изученію хирургіи, обязанъ сначала сдать экзаменъ (the preliminary scientific examination) при университетѣ по приготовительнымъ предметамъ: по неорганической химіи, опытной физикѣ и общей біологіи. Затѣмъ онъ поступаетъ студентомъ въ одинъ изъ медицинскихъ колледжей, гдѣ въ теченіи четырехъ лѣтъ онъ изучаетъ слѣдующіе предметы:

1-й годъ	зимній семестръ:	Описательную и практическую анатомію, физіологію, химію, практическую химію;
	лѣтній семестръ:	ботанику, фармацію и фармакогнозію, гистологію, химію.
2-й годъ	зимній семестръ:	Описательную анатомію съ приготовленіемъ анатомическихъ препаратовъ, физіологію;
	лѣтній семестръ:	теоретическое акушерство, фармакологію и общую терапію.
3-й годъ	зимній семестръ:	Терапію, хирургію;
	лѣтній семестръ:	патологическую анатомію, практическое акушерство, судебную медицину (Forensic Medicine).
4-й годъ	зимній семестръ:	Теоретическую терапію, теоретическую хирургію, практическую хирургію, дантистику;
	лѣтній семестръ:	оперативную хирургію, хирургическую офтальмологію (Ophthalmic surgery), общественное здравохраненіе (public. health.).

Посѣщеніе клиникъ обыкновенно начинается въ лѣтнемъ семестрѣ

2-го года и продолжается въ теченіи обоихъ семестровъ слѣдующихъ двухъ лѣтъ [1]).

Студентъ, сдавшій успѣшно экзаменъ по всѣмъ вышеприведеннымъ предметамъ, получаетъ званіе *бакалавра по хирургіи*, которое даетъ ему возможность поступить въ госпиталь ординаторомъ или такъ назыв. *house-surgeon* хирургическаго отдѣленія.

Б. *Магистръ по хирургіи* (Master of Surgery). Бакалавръ, пробывъ въ должности госпитальнаго ординатора не менѣе двухъ лѣтъ, подвергается въ «Королевской Коллегіи Хируговъ» испытанію по слѣдующимъ предметамъ:

a) по логикѣ и нравственной философіи (logic and moral philosophy),
b) » хирургической патологіи,
c) » анатоміи и оперативной хирургіи.

Сдавшій удовлетворительно экзаменъ получаетъ званіе *Master of Surgery*. Эта ученая степень, соотвѣтствующая нашему званію доктора медицины или хирургіи, даетъ право врачу самостоятельно работать какъ въ госпиталяхъ, такъ и въ частной практикѣ, въ роли спеціалиста-хирурга.

В. *Сочленъ* (*Membership*) «Королевской Коллегіи Хирурговъ». Это званіе можетъ получить только магистръ по хирургіи, который не менѣе полугодія практически занимался приготовленіемъ анатомическихъ препаратовъ и прослушалъ курсъ по сравнительной анатоміи въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ». Кромѣ того, онъ подвергается испытанію въ Коммиссіи Хирурговъ по слѣдующимъ предметамъ:

а) анатоміи человѣка,
б) сравнительной анатоміи,
в) физіологіи человѣка и животныхъ.

Получившій это званіе—*Membership of Royal College of Surgery*—имѣетъ право носить иниціалы M. R. C. S. Изъ числа этихъ лицъ обыкновенно выбираются преподаватели по анатоміи и хирургіи въ медицинскихъ колледжахъ или ассистенты клиникъ.

Г. *Сотоварищъ* (Fellow) «Королевской Коллегіи Хирурговъ». Для полученія этого званія требуется отъ кандидата представить свидѣтельство въ томъ, что онъ состоялъ членомъ (membership) коллегіи не ме-

---

[1]) Вышеприведенное распредѣленіе предметовъ по семестрамъ я заимствовалъ изъ программы *University College of London за 1885—86 годъ*. Въ другихъ колледжахъ преподаваніе предметовъ такое же, только распредѣленіе ихъ по семестрамъ нѣсколько иное.

нѣе шести лѣтъ, работалъ на хирургическомъ поприщѣ въ одной изъ медицинскихъ школъ Англіи, гдѣ самостоятельно велъ курсъ по оперативной хирургіи на трупѣ (of having performed a course of operations on the death subject). Помимо всего этого, онъ подвергается весьма строгому испытанію въ коллегіи хирурговъ по слѣдующимъ предметамъ:

а) по анатоміи человѣка и животныхъ,

б) » патологіи и терапіи хирургическихъ болѣзней,

в) » внутренней медицинѣ,

г) » акушерству.

Ученая степень—*Fellow of Royal College of Surgeons of England* (F. R. C. S.) есть одно изъ самыхъ почетныхъ званій во врачебномъ сословіи, соотвѣтствующее нашему члену Академіи Наукъ. Какъ представители научной, такъ и дѣятели практической хирургіи добиваются этого званія, ибо лишь оно даетъ врачу-хирургу возможность пріобрѣсти авторитетное имя среди гражданъ вообще и товарищей въ особенности.

Замѣтимъ, между прочимъ, что «Королевская Коллегія Хирурговъ» въ Лондонѣ снабжена весьма богатымъ анатомическимъ музеемъ, лабораторіями, аудиторіями и прочими учебно-вспомогательными средствами, необходимыми для изученія научной хирургіи. Въ ней ежегодно кто-либо изъ сотоварищей (fellows) читаетъ курсъ лекцій по избранному вопросу для кандидатовъ и членовъ этой ученой корпораціи хирурговъ. Такъ, напр., въ теченіи лѣтняго семестра 1885 года проф. Стевартъ (Stewart—F. R. C. S.) прочиталъ рядъ лекцій «о воспаленіи».

На сколько вышеописанныя коллегіи пользуются уваженіемъ врачей, можно отчасти судить по количеству членовъ: въ одномъ лондонскомъ Royal College of Physicians въ 1884 г. считалось 1166 fellows и 16509 members. Доходъ этого общества въ указанномъ году достигалъ до 22000 фунтовъ стерлинговъ [1]).

Итакъ, изъ представленной мною регламентаціи врачей, читатель видитъ, что въ Англіи званіе ученаго хирурга пріобрѣтается только послѣ 10 или 12-лѣтняго изученія тѣхъ отраслей біологіи, которыя имѣютъ связь съ хирургіей и, главнымъ образомъ, время посвящается практическому изученію анатоміи человѣка.—Вотъ почему хирургическое знамя, воздвигнутое на Великобританскомъ островѣ Джономъ

[1]) См. «The Lancet», 4. X.84.

Гёнтеромъ (John Hunter) и Эстлеемъ Куперомъ (Astley Cooper), понынѣ стоитъ незыблимо на твердой анатомической почвѣ и высоко выдается надъ уровнемъ прочихъ школъ европейской медицины: нигдѣ на континентѣ изученію хирургіи не посвящается столько времени и усидчиваго труда, какъ въ Англіи.

Благодаря указанному строю англійской школы хирургіи, послѣдняя дала не только для Англіи, но для всей Европы цѣлый рядъ свѣтилъ науки, плодами которыхъ мы пользуемся понынѣ. Не говоря уже о заслугахъ первыхъ учителей хирургіи начала текущаго столѣтія— Чизельдена (Cheselden), Джона Гёнтера, Эстлея Купера, Уильяма Бэля (William Bell), имена которыхъ хорошо знакомы читателямъ изъ учебниковъ по анатоміи, физіологіи и хирургіи, но и современные представители англійской школы хирургіи, какъ Джозефъ Листеръ (Joseph Lister), Мэкъ-Кормакъ (Mac-Cormac), Генри Смидсъ (Henry Smith), Чійне (Chiene), Мэкъ-Юенъ (Mac-Ewen) и многіе другіе, не мало способствовали усовершенствованію этой отрасли медицины.

Члены «Королевской Коллегіи Хирурговъ» занимаются исключительно консультативной хирургической практикой (pure Surgeons), хотя по закону (Medical act) они имѣютъ право заниматься леченіемъ больныхъ по всѣмъ отраслямъ медицины.

Аптекари.

III. *Аптекари или общіе практиканты* (Apothecaries or general practitioners). Въ 1607 г., при Іаковѣ I, аптекари совмѣстно съ дрогистами (продавцами различныхъ травъ), образовали общество подъ названіемъ «*Society of the art and mastery of Pharmacopolist of London*». Этому обществу дано было право производить экзамены при ассистированіи врача на званіе аптекаря лицамъ, желающимъ заниматься этой профессіею въ Лондонѣ или въ окрестностяхъ Лондона на протяженіи семи миль. Впослѣдствіи аптекари самовольно стали заниматься и врачебной практикой, вслѣдствіе чего между ними и врачами собственно нерѣдко происходили весьма прискорбныя столкновенія. Этимъ распрямъ положилъ конецъ Георгій III, издавшій въ 1815 г. особенный законъ, называемый «*Apothecaries Act*»; права «Общества аптекарей» (Society of Apothecaries) распространяются на всю Великобританію; оно имѣетъ надзоръ за всѣми аптеками и складами аптечныхъ товаровъ; изъ среды членовъ этого общества выбирается экзаменаціонная коммиссія (board of examiners), подвергающая испытанію лицъ, желающихъ получить званіе аптекаря. Къ подобному экзамену

допускаются лица не моложе 21 года отъ роду и представляющія свидѣтельство пятилѣтняго служенія въ должности помощника аптекаря; кромѣ того, кандидатъ-аптекарь обязанъ 5 семестровъ слушать курсъ медицины и одно полугодіе пробыть въ какомъ нибудь госпиталѣ въ должности практиканта; обыкновенно эти 6 семестровъ зачисляются имъ за время службы въ аптекѣ.—Экзаменъ производится по слѣдующимъ предметамъ:

а) по химіи,

б) » фармакологіи (materia medica),

в) » ботаникѣ,

г) » анатоміи и физіологіи,

д) » теоретической и практической медицинѣ,

е) » фармакопеѣ,

ж) и переводъ Цельса (по латинскому языку).

Такъ какъ въ Англіи врачебное искусство считается свободною профессіею, то аптекари или общіе практиканты (general practitioners), какъ они себя особенно величаютъ, продаютъ въ аптекахъ различныя лекарства и, кромѣ того, занимаются врачебной практикой по внутренней медицинѣ, хирургіи и даже по акушерству. Ихъ гонораръ цѣнится много ниже гонорара врачей или хирурговъ, поэтому больные бѣднаго или средняго сословія обыкновенно обращаются за помощью къ аптекарямъ; но при серьезныхъ случаяхъ заболѣваній эти вольные практиканты всегда приглашаютъ къ своимъ паціентамъ для консультаціи медика или хирурга.

Конечно, намъ, русскимъ врачамъ, привыкшимъ встрѣчать въ корпораціи аптекарей не только полныхъ невѣждъ по медицинѣ вообще, но даже нерѣдко весьма мало свѣдущихъ людей по химіи, составляющей главную основу аптекарской профессіи, вышеуказанный modus vivendi англійскихъ аптекарей покажется далеко не безопаснымъ для общественнаго здраво-храненія и, стало быть, едва ли терпимымъ въ благоустроенномъ государствѣ. Но нужно замѣтить, что, благодаря строгому надзору за дѣйствіями этихъ вольныхъ практикантовъ со стороны «Главнаго Медицинскаго Совѣта» (см. ниже), между англійскими аптекарями встрѣчаются не только весьма почтенные химики и свѣдующіе практиканты, но вообще они сами относятся крайне осторожно къ возложеннымъ на себя обязанностямъ—оказывать посильную помощь заболѣвающимъ. Вотъ почему въ Англіи, съ введеніемъ закона, называемаго «Medical Act» (съ 1858), сословіе аптекарей причислено къ со-

ставу врачебнаго персонала; поэтому число практикующихъ врачей въ Англіи достигаетъ такой значительной цифры: по оффиціальному отчету 1884 г. оно равнялось 25810 [1]).

Дрогисты и химики.

Не слѣдуетъ только смѣшивать англійскихъ аптекарей съ дрогистами (druggists) или химиками (chemists), которые собственно и соотвѣтствуютъ нашимъ аптекарямъ. Первые занимаются приготовленіемъ лекарствъ по рецептамъ врачей или всѣхъ тайныхъ средствъ, имѣющихъ неимовѣрный сбытъ въ Англіи; вторые приготовляютъ только химическіе препараты и продаютъ ихъ «en gros» въ такъ называемыхъ Apothecaries hall; нерѣдко обѣ эти профессіи сосредоточиваются въ однѣхъ рукахъ.—Ни дрогисты, ни эти quasi-химики не причисляются къ сословію врачей, хотя они нерѣдко практикуютъ среди бѣднаго сословія, назначая обыкновенно различныя мази, на подобіе того, какъ это дѣлаютъ наши доморощенные фельдшера или лекарки.

Представленная мною регламентація врачебнаго сословія относится не только къ Англіи собственно, но она въ главныхъ основахъ примѣняется также и въ Шотландіи и Ирландіи. Въ Эдинбургѣ и Дублинѣ находятся такія же «Коллегіи Медиковъ и Хирурговъ» какъ въ Лондонѣ; но въ Шотландіи практикующихъ аптекарей значительно меньше; тамъ общіе практиканты (general practitioners) стремятся вступить членами въ «Коллегію Хирурговъ».

Прежде въ Соединенномъ Королевствѣ Великобританіи эта регламентація врачебнаго сословія подвергалась рѣзкимъ нападкамъ, какъ со стороны медицинскихъ представителей печати, такъ и со стороны общей прессы. Члены коллегій требовали исключить изъ врачебнаго сословія аптекарей и не давать имъ права врачебной практики; съ другой стороны, общіе практиканты, преобладающіе своею численностью надъ членами ученыхъ коллегій медиковъ и хирурговъ, настаивали въ парламентѣ ограничить автономію этихъ коллегій и вообще облегчить доступъ въ нихъ. Однакоже, консервативный духъ англичанъ и высокое уваженіе къ исторически-сложившимся учрежденіямъ не позволяли имъ разрушить старыя традиціи, тѣмъ болѣе подорвать основные принципы такихъ институтовъ, какъ Королевскія Коллегіи.—Всѣ раціональныя реформы, которыя парламентъ узаконилъ послѣ всесторонняго обсужденія вопроса многочисленными собраніями изъ представителей пра-

---

[1]) См. «Medical Times» 5 January, 1885.

вительства и членовъ ученыхъ корпорацій врачей, выразились въ такъ называемомъ «Medical Act» 1858 г.

Медицинскій Уставъ или Medical Act и Главный Совѣтъ въ Великобританіи.

По этому закону установлено:

1) Высшая медицинская администрація, носящая названіе «*The General Medical Council of medical Education and Registrations of the United Kingdom*», засѣдающая въ Лондонѣ, состоитъ изъ 23 членовъ, выбираемыхъ изъ слѣдующихъ учрежденій:

а) Королевской Коллегіи Медиковъ,

б) Королевской Коллегіи Хирурговъ,

в) Общества аптекарей,

г) Оксфордскаго Университета,

д) Кэмбриджскаго Университета,

е) Дюргэмскаго Университета (the University of Durham),

ж) Лондонскаго Университета,

д) Эдинбургской Коллегіи Медиковъ,

и) Эдинбургской Коллегіи Хирурговъ,

і) медицинскаго и хирургическаго факультетовъ въ Глазгоо,

к) одинъ членъ, какъ представитель Эдинбургскаго и Эбердеенскаго Университетовъ,

л) одинъ членъ, какъ представитель университетовъ—Глазговскаго и св. Андрея (St. Andrew's University),

м) пять членовъ Королевской Коллегіи Медиковъ въ Ирландіи,

н) Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Ирландіи,

о) Дублинскаго Университета,

п) Королевскаго Университета въ Ирландіи (the Queen's University in Ireland),

р) Общества аптекарей въ Ирландіи,

с) далѣе, шесть членовъ, назначенныхъ правительствомъ, называющихся частными совѣтниками (Privy Council): 4—изъ Англіи и по одному—изъ Шотландіи и Ирландіи.

2) Этотъ «Главный Медицинскій Совѣтъ» постановляетъ:

а) какія медицинскія школы или факультеты имѣютъ право принимать воспитанниковъ;

б) какіе университеты и коллегіи имѣютъ право выдавать дипломы на право врачебной практики.

3) Ежегодно «Главный Медицинскій Совѣтъ» обнародываетъ списокъ (medical register) лицъ, получившихъ дипломы на право врачебной практики. Только регистрированные врачи могутъ быть приняты на

государственную службу, имѣютъ право выдавать медицинскія свидѣтельства и тому подобные оффиціальные документы (напр., на погребеніе умершихъ); равнымъ образомъ закономъ предоставлено только регистрированнымъ врачамъ право взыскивать свой гонораръ судебнымъ порядкомъ.

4) «Главный Медицинскій Совѣтъ» слѣдитъ за тѣмъ, чтобы различныя ученыя корпораціи не требовали отъ своихъ кандидатовъ изучать медицину по опредѣленной теоріи.

5) Дипломированные врачи имѣютъ право практики по всей Великобританіи и по всѣмъ отраслямъ медицины.

Слѣдовательно, высшая медицинская администрація въ Соединенномъ Королевствѣ Англіи не касается вовсе вопросовъ о замѣщеніи кафедръ или о порядкѣ производства экзаменовъ на ту или другую ученую степень; все это предоставлено самоуправленію (selfgovernment) врачебно-образовательныхъ учрежденій (колледжей) или различныхъ ученыхъ корпорацій (коллегій).

Организація англійскихъ госпиталей.

Познакомивъ читателя съ общимъ строемъ врачебнаго міра въ Англіи на столько, на сколько это необходимо было для уясненія правъ отдѣльныхъ членовъ различныхъ медицинскихъ корпорацій, мнѣ необходимо еще, хотя бы вкратцѣ, разсмотрѣть общую организацію англійскихъ госпиталей и больницъ, такъ какъ въ стѣнахъ этихъ лечебныхъ учрежденій функціонируютъ медицинскія школы, приготовляющія молодыхъ врачей для практической и ученой дѣятельности.

Прежде всего слѣдуетъ замѣтить, что *государственныя* лечебныя учрежденія рѣзко отличаются отъ *общественныхъ*, какъ по своему назначенію, такъ и по внутреннему строю.

Къ первымъ относятся: военные и морскіе госпитали, больницы для заразительныхъ болѣзней (*«fever hospitals»*), какъ тифъ, оспа и т. п., далѣе, пріюты для умалишенныхъ и больницы при богадѣльняхъ, называемыя *workhouse infirmaries*. Всѣ эти учрежденія содержатся на счетъ суммъ, отпускаемыхъ государствомъ; служащіе въ этихъ больницахъ назначаются правительствомъ и вообще внутренняя администрація ихъ походитъ на таковую нашихъ казенныхъ госпиталей.

Эти больницы предназначены исключительно для леченія или пріюта больныхъ и поэтому учащіеся медицинѣ не имѣютъ къ нимъ никакого отношенія.

Ко второй группѣ англійскихъ лечебныхъ учрежденій относятся всѣ прочія больницы, какъ столичныхъ, такъ и провинціальныхъ городовъ,

содержимыя на счетъ пожертвованій частныхъ лицъ; онѣ носятъ надпись *hospitals supported by voluntary contributions*. Такихъ *общественныхъ* больницъ въ одномъ Лондонѣ болѣе 100, изъ нихъ 19 принимаютъ больныхъ съ различными болѣзнями, иначе говоря, онѣ *общія больницы;* прочія-же, числомъ болѣе 80, предназначаются для различныхъ спеціальныхъ болѣзней, какъ глазныя, нервныя, грудныя, женскія, дѣтскія и т. н.; больше всего *спеціальныхъ больницъ* для дѣтей; въ одномъ Лондонѣ числится 13 дѣтскихъ больницъ; кромѣ того, что при каждой общей больницѣ имѣется отдѣленіе для больныхъ дѣтскаго возраста. Вообще число спеціальныхъ больницъ въ Англіи изъ года въ годъ неимовѣрно увеличивается: такъ, напр., въ 1871 г. таковыхъ учрежденій было всего 36, а въ 1881 году ихъ уже насчитывалось до 80, т. е., въ теченіи одного десятилѣтія число ихъ возрасло на 122 процента [1]). Въ это число не входятъ частныя лечебницы, содержимыя различными спеціалистами.

Перечень врачебно-образовательныхъ учрежденій.

Медицинскія школы учреждены только при общихъ больницахъ. Кромѣ неполныхъ медицинскихъ факультетовъ при Оксфордскомъ и Кэмбриджскомъ университетахъ, во всемъ Соединенномъ Королевствѣ Великобританіи находится до 46 врачебно-образовательныхъ учрежденій, названія и мѣстонахожденія которыхъ я представлю въ слѣдующей таблицѣ:

Таблица I. *А. Лондонскія медицинскія школы:*

	Годъ основанія	Число больн. коекъ.	Средн. число больныхъ въ годъ.
1. College of St. Bartholomew's hospital.	1123 [2])	710	6000
2. » » St. Thomas's »	1552	512	4816
3. » » Westminster »	1719	215	2114

---

[1]) См. Herbert Frey, The Royal Guide to the London Charities for 1879—1880. London, 1881.

[2]) Эти цифровыя свѣдѣнія мною собраны и сгруппированы по тремъ источникамъ:

а) Herbert Frey, *Royal Guide of the London Charities for 1884—85 years.* London, 1885.

б) Oppert, *Hospitals Infirmaries and Dispensaries.* London, 1883.

в) *The Medical Directory for 1887.* London, 1887.

4. College of Guy's	hospital.	1721	690	5121
5. » » St. George's	»	1733	353	4000
6. » » London	»	1740	800	7388
7. » » Middlesex	»	1745	310	2638
8. » » Charing Cross	»	1818	180	1218
9. University College hospital of London.		1833	200	2849
10. King's College »	» »	1839	200	2094
11. College of St. Mary's hospital		1851	190	2322

Б. Провинціальныя англійскія школы медицины:

12. Queen's College (въ Бирмингамѣ).
13. Bristol Medical School (въ Бристолѣ).
14. Cambridge Medical School (въ Кэмбриджѣ).
15. Yorkshire College (въ Лидсѣ).
16. University College (въ Ливерпулѣ).
17. Owen College (въ Манчестрѣ).
18. Newcastle-Upon-Tyne or University of Durham (въ Дюргэмѣ).
19. Scheffield School of Medicine (въ Шеффильдѣ).

В. Шотландскія медицинскія школы:

20. Faculty of Medicine the University of Edinburgh основана въ 1582 г.
21. Edinburgh School of Medicine (въ Эдинбургѣ) основана въ 1505 г.
22. Minto House School (въ Эдинбургѣ).
23. University of Glasgow (въ Глазгоо) основанъ въ 1450 г.
24. University of St. Andrew's (въ Глазгоо) основанъ въ 1411 г.
25. Anderson's College (въ Глазгоо).
26. Glasgow Royal Infirmary (въ Глазгоо).
27. Western Medical School (въ Глазгоо).

Г. Ирландскія школы медицины:

28. Trinity College or University of Dublin (въ Дублинѣ) основано въ 1591 г.
29. Royal University of Ireland (въ Дублинѣ).
30. The Adelaide Medical and Surgical hospitals (въ Дублинѣ).
31. Carmichael College of Medicine (въ Дублинѣ) основана въ 1826 г.

32. School of Medicine in Catholic University (въ Дублинѣ).
33. City of Dublin hospital (въ Дублинѣ) основана въ 1832 г.
34. Coombe Lying- in hospital (въ Дублинѣ) основана въ 1836 г.
35. Dr. Steeven's hospital (въ Дублинѣ) основана въ 1720 г.
36. Jervis-street hospital (въ Дублинѣ) 1718 г.
37. Ledwich School of Anatomy, Medicine and Surgery (въ Дублинѣ) основана въ 1810 г.
38. Mater Misericordiae hospital (въ Дублинѣ) 1861 г.
39. Meath hospital and county on Dublin Infirmary (въ Дублинѣ).
40. Mercer's hospital (въ Дублинѣ) основана въ 1707 г.
41. Queen's College (въ Бельфастѣ) медицинскій факультетъ.
42. Queen's College (въ Коркѣ) медицинскій факультетъ.
43. Queen's College (въ Галуей) медицинскій факультетъ.
44. Richmond, Whitworth and Hardwicke Governement hospitals (въ Дублинѣ).
45. Rotunda hospital (въ Дублинѣ).
46. St. Vincenth hospital (въ Дублинѣ) основана 1834.

Кромѣ того, въ Ирландіи при «Королевской Коллегіи Хирурговъ» есть отдѣленіе назыв. *School of Surgery*, и при Trinity College of Dublin другое отдѣленіе *School of Physic*; первое служитъ школою для изученія хирургіи, а второе — внутренней медицины. Наконецъ, въ Нитлеѣ (Netley) находится учрежденіе въ родѣ Военно-Медицинской Академіи, куда поступаютъ только дипломированные врачи съ цѣлью усовершенствоваться въ нѣкоторыхъ спеціальныхъ отрасляхъ военной медицины.

Всѣ эти врачебно-образовательныя учрежденія, за исключеніемъ одного (см. 44 въ таблицѣ I), основаны и существуютъ иждивеніями частныхъ лицъ. Нѣкоторыя болѣе древнія школы, какъ St. Bartholomew's и St. Thomas's hospitals въ Лондонѣ, имѣютъ свои собственныя богатыя недвижимыя имущества, доходы съ которыхъ идутъ на содержаніе школъ и больницъ.

Источники доходовъ общественныхъ больницъ.

Вообще же финансовыми средствами общественной больницы въ Англіи служатъ слѣдующіе источники: во-первыхъ, единовременное пожертвованіе крупной денежной суммы со стороны одного лица или цѣлаго кружка лицъ; эти суммы идутъ на пріобрѣтеніе инвентаря больницы и собственнаго зданія или, въ рѣдкихъ случаяхъ, найма помѣщенія; пожертвователи носятъ названіе «*life governors*» (пожизненные попечители); во-вторыхъ, ежегодные взносы частныхъ лицъ, называе-

мыхъ «*annual governors*»; взносы эти различны — отъ одного до 5 фунтовъ стерлинговъ въ годъ; права этихъ попечителей обыкновенно соизмѣряются съ суммой ежегодныхъ взносовъ. Напр., London-hospital взимаетъ съ попечителя больницы 5 ф. 5 шилинговъ (около 53 рублей) въ годъ, или 31 фунтъ 10 шилинговъ (около 316 рублей) единовременно; взамѣнъ этого попечитель (governor) London hospital получаетъ 16 билетовъ (tickets of admission) въ годъ для раздачи больнымъ, которые, по усмотрѣнію врача, пользуются либо амбулаторно, либо принимаются на больничную койку. Другая больница въ Лондонѣ—Metropolitan-free-hospital—взимаетъ съ попечителей по 1 ф. 1 ш. въ годъ (около 11 руб.) или по 10 фунтовъ стерлинговъ (около 100 руб.) единовременно, но не раздаетъ такъ назыв. *governor's tickets*, а принимаетъ больныхъ безъ всякой рекомендаціи; отсюда названіе *free-hospital* (свободная больница), однакоже, администрація этихъ больницъ сосредоточивается въ рукахъ попечителей (governors).

Въ третьихъ, громадный доходъ больницамъ доставляетъ обычай англичанъ праздновать извѣстный день въ году въ пользу той или другой больницы; этотъ праздникъ извѣстенъ подъ названіемъ «hospital's Sunday» (больничное воскресенье) и состоитъ въ томъ, что двери больницы настежь открыты для каждаго, желающаго осмотрѣть внутреннее устройство ея; во дворѣ обыкновенно играетъ оркестръ музыки и, главное, на всѣхъ перекресткахъ улицъ, прилегающихъ къ больницѣ, разставлены денежныя кружки, за которыми сидятъ весьма знатныя и представительныя дамы (lady); въ эти-то кружки всякій проходящій считаетъ долгомъ опустить нѣкоторую лепту. На сколько этотъ обычай привился въ Англіи и выгоденъ для больницъ можно отчасти судить по общимъ сборамъ; одинъ hospital's Sunday иногда даетъ до 40000 фунтовъ (т. е., свыше 400 тысячъ рублей)! Поэтому администрація больницы принимаетъ всевозможныя мѣры, чтобы рекламировать этотъ день; напр., она раздаетъ всѣмъ извощикамъ Лондона маленькіе флаги съ надписью «hospital's Sunday 14 July» [1]), которые приклеиваются къ кнутовищамъ возницы. Этимъ весьма оригинальнымъ способомъ развѣшиванія объявленій больничный праздникъ привлекаетъ къ себѣ 100-и тысячъ людей, готовыхъ жертвовать на нужды страждущаго люда. Кромѣ того, въ день этого праздника пасторы въ церквахъ говорятъ подходящіе проповѣди (sermons) и приглашаютъ паству къ пожертвованіямъ. Въ теченіи 12 лѣтъ, съ тѣхъ поръ, какъ по почину

[1]) Примѣрное число мѣсяца.

одного частнаго общества, вошли въ обычай «hospital's Sunday», въ одномъ Лондонѣ собрано въ общей сложности 358,256 фунтовъ стерлинговъ (т. е., болѣе $3^1/_2$ милліоновъ руб.). Большая часть этого сбора идетъ на содержаніе госпиталей, а меньшая передается особенному Обществу «Surgical Aid-Society», цѣль котораго снабжать неимущихъ больныхъ, выходящихъ изъ больницъ, протезами, бандажами и т. п. снарядами. Примѣру Лондона послѣдовали почти всѣ города и мѣстечки Англіи. Наконецъ, въ четвертыхъ, не малую долю дохода приноситъ взиманіе платы со студентовъ въ пользу той больницы, въ которой они обучаются медицинѣ; этотъ взносъ, называемый «*extra-payments*» въ иныхъ врачебно-образовательныхъ учрежденіяхъ, какъ, напр., въ Edinburgh Royal-Infirmary, доходитъ до 26000 и болѣе рублей въ годъ (до 2600 ф. ст.).

Вообще годовые бюджеты англійскихъ больницъ весьма велики сравнительно съ бюджетами нашихъ или другихъ европейскихъ больницъ. Такъ, для примѣра, я позволю себѣ привести нѣкоторыя числовыя данныя St. George's hospital въ Лондонѣ, онъ имѣетъ всего 353 постоянныхъ коекъ и ежегодный доходъ его достигаетъ до 340 тысячъ рублей въ годъ. Еще болѣе поучительна будетъ слѣдующая таблица:

Таблица II.

	Число коечныхъ больныхъ.	Доходъ за 1884 г. въ рубляхъ.
1. College of St. Bartholomew's hospital.	6974	500000
2. » » St. Thomas's »	4816	400000
3. » » Westminster »	2114	140600
4. » » Guy's »	5121	300000
5. » » St. George's [1]) »	4001	320435
6. » » London »	7388	833450
7. » » Middlesex »	2638	264450
8. » » Charing Cross »	1218	182370
9. University's hospital of London. . .	2849	190822
10. Kings College »	2094	126090
11. College of St. Mary's hospital . . .	2322	108260

[1]) Изъ годичнаго отчета этого госпиталя за 1884 г. (см. *Annual Report of St. George's hospital for 1884 year*) я приведу нѣкоторыя статьи дохода:

а) ежегодные взносы жертвователей 7758 ф. ст. или (77,580 руб.).

б) единовременныя пожертвованія 4990 ф. ст. или (49900 р.).

в) госпитальный праздникъ 1695 ф. ст. или (16950 р.).

Поучительны эти числа въ томъ отношеніи, что по нимъ можно отчасти судить о мѣрѣ благотворительности англійскаго народа. Я уже неоднократно говорилъ, что всѣ общественныя больницы въ Соединенномъ Королевствѣ Англіи содержатся на счетъ частныхъ пожертвованій; къ этому я долженъ прибавить, что администраціи этихъ больницъ до того увѣрены въ постоянствѣ сочувствующихъ подобнымъ учрежденіямъ лицъ, что обыкновенный годовой бюджетъ расходовъ вдвое болѣе суммы доходовъ, получаемыхъ съ основнаго капитала. Такъ, напр., London-hospital въ 1884 г. израсходовалъ 83345 фунтовъ стерлинговъ, которые онъ покрылъ ординарными доходами (т. е., съ основнаго капитала) 36989 фунтовъ стерлинговъ, а экстраординарными доходами 46356 ф. ст.

Вотъ почему во всѣхъ общественныхъ больницахъ [за весьма малымъ исключеніемъ [1])] врачебная помощь оказывается всѣмъ нуждающимся въ ней, безъ различія званія и профессіи, совершенно безвозмездно; во всѣхъ отдѣленіяхъ общихъ больницъ коечныя мѣста также безплатны. Но такъ какъ въ лечебныхъ учрежденіяхъ, пользующихся особымъ довѣріемъ общества, каковы вообще всѣ медицинскіе колледжи, требованія на больничныя койки превышаютъ число наличныхъ мѣстъ больницы, то при пріемѣ больныхъ преимущество дается тѣмъ изъ нихъ, которые представляютъ такъ назыв. tickets from governor's, раздаваемые попечителямъ въ опредѣленномъ числѣ (см. выше).

При многократномъ посѣщеніи различныхъ больницъ Лондона, Эдинбурга и Глазгоо, меня поражала простота внутренняго устройства этихъ учрежденій и семейный уходъ за больными. Нигдѣ на континентѣ Европы я не видалъ такой предупредительности и столько вниманія къ нуждамъ больнаго человѣка, какъ въ англійскихъ общественныхъ больницахъ. Правда, Лондонскія больницы, за исключеніемъ St. Thomas's hospital, не поражаютъ своею грандіозностью, какъ Берлинскія больницы: онѣ съ наружной стороны смотрятъ весьма обыкновенными домами; но внутри ихъ больной чувствуетъ себя, какъ въ семейномъ домѣ. Во многихъ домахъ общихъ больницъ, стѣны украшены изящными гравюрами, разставлены столы, усѣянные живыми

---

[1]) Исключеніе это составляетъ отчасти St. Thomas's hospital въ Лондонѣ; въ послѣднее время администрація этой больницы сочла нужнымъ завести отдѣленіе съ *платными* койками, въ виду чрезмѣрныхъ расходовъ этого врачебно-образовательнаго учрежденія по содержанію больныхъ.

цвѣтами, а въ другихъ имѣются даже фортепіано или фисгармоніи, предоставленныя къ услугамъ больныхъ.

Обязанности сестеръ милосердія.

Главный принципъ англійской больницы — не столько заботиться о леченіи или врачеваніи больнаго, сколько объ уходѣ за нимъ. Вотъ почему число врачей въ нѣкоторыхъ госпиталяхъ далеко не соотвѣтствуетъ тому числу сестеръ-милосердія, сидѣлокъ и низшей прислуги, которая вообще имѣется въ изобиліи. Обыкновенно больничные врачи (завѣдующіе отдѣленіями, resident-surgeons or physicians) работаютъ безвозмездно или получаютъ относительно незначительную плату (house-surgeons); сестры-же милосердія и низшая прислуга, напротивъ того, получаютъ относительно большое вознагражденіе. Старшая сестра милосердія или такъ назыв. *lady superintendent* или *matron* получаетъ отъ 600 до 1000 руб. въ годъ, помимо полнаго содержанія, и одежду, употребляемую при исполненіи своихъ обязанностей; сидѣлки (nurses) получаютъ отъ 200 до 250 руб. въ годъ, кромѣ содержанія. Кромѣ того, эти женщины не обременены такимъ непосильнымъ трудомъ, какъ это сплошь и рядомъ я видѣлъ въ лучшихъ клиникахъ Германіи, не говоря уже о нашихъ сестрахъ при военныхъ госпиталяхъ.

Содержаніе и воспитаніе больничной прислуги.

Въ англійскихъ больницахъ среднимъ числомъ полагается: одна сидѣлка (nurse) на 6—8 коекъ, одна сестра милосердія (head nurse) на каждыя 20—25 коекъ, кромѣ мужской прислуги, предназначенной для тяжелой работы (какъ переноска больныхъ, уборка палатъ и т. п.). На сколько больничная администрація заботится о сохраненіи силъ и бодрости сидѣлокъ, можно видѣть по росписанію времени (такъ назыв. time table) работы этихъ труженицъ.

Дневная сидѣлка:	*Ночная сидѣлка:*
въ $6^1/_2$ ч. утра завтракъ,	въ 8 ч. вечера встаетъ,
съ 7 ч. утра въ больничн. палатѣ,	» $8^1/_2$ ч. вечера получаетъ ужинъ,
въ 1 ч. дня она обѣдаетъ,	» 8 ч. 50 м. вступ. въ больн. пал.
отъ 2 до 4 ч. ей полагается отдыхъ,	» 8 ч. утра кончаетъ свою работу,
въ $4^1/_2$ часа получаетъ чай,	» $8^1/_2$ ч. получаетъ завтракъ,
отъ 4 до 7 работаетъ въ палатѣ,	отъ 9 до $11^1/_2$ получаетъ отдыхъ.
въ 7 ч. кончаетъ свою службу,	въ 12 ч. дня ложится спать.
въ 9 ч. ей полагается ужинъ.	

Слѣдовательно, въ благоустроенныхъ больницахъ Англіи администрація признаетъ необходимымъ имѣть двоякаго рода сидѣлокъ—дневныхъ и ночныхъ; послѣднія получаютъ нѣсколько большее жалованье

(отъ 220 — 280 руб.), нежели первыя (отъ 200—250). Только при такомъ порядкѣ веденія больничной прислуги возможно отъ нея требовать неусыпнаго ухода за больными. Мнѣ неоднократно показывали помѣщенія для больничной прислуги; напр., въ St. George's hospital они устроены въ самомъ верхнемъ этажѣ зданія, и для каждой сидѣлки имѣется особенный альковъ, на подобіе каюты, для сна; кромѣ того, общая столовая, и кухня, отдѣленная отъ больничной, для всего персонала прислуги. Качество прислуги не оставляетъ желать ничего лучшаго: это обыкновенно весьма благовоспитанныя дѣвушки, или женщины, полныя физическихъ силъ и бодрости духа и, главное, умѣющія себя держать съ достоинствомъ своего призванія. Онѣ воспитываются либо въ особенныхъ учрежденіяхъ, либо приготовляются къ своей профессіи въ тѣхъ же госпиталяхъ, куда они поступаютъ сначала въ роли ученицы (pupils), затѣмъ въ родѣ помощницы сидѣлки (assistent-nurses) и, наконецъ, въ должности сидѣлки.

Въ Англіи существуетъ даже цѣлая литература по вопросу о приготовленіи и обученіи сестеръ милосердія и сидѣлокъ[1]; но весьма многимъ обязанъ этотъ кадръ больничнаго персонала своей представительницѣ—нѣкой Miss Nighthingale, которая не только своимъ перомъ съумѣла вызвать вниманіе публики къ этой корпораціи весьма полезныхъ труженицъ, но, кромѣ того, сама своимъ личнымъ трудомъ и тактомъ создала много спеціальныхъ школъ (training houses) для приготовленія сидѣлокъ. Miss Nighthingale.

Приступивъ къ описанію внутренней жизни англійскихъ больничныхъ учрежденій, я считалъ нужнымъ обратить вниманіе читателей прежде всего на низшій персоналъ, который, къ слову сказать, у насъ въ Россіи оставляетъ желать еще многаго. А между тѣмъ мы знаемъ, что, при современныхъ требованіяхъ хирургіи, участь больнаго зависитъ больше отъ чистоплотности и умѣнья ходить за нимъ, нежели отъ искусства и опытности врача.

Что же касается врачебнаго персонала, функціонирующаго въ англійскихъ больницахъ, то служебная іерархія его представляетъ весьма много степеней. При дальнѣйшемъ описаніи этой, болѣе всего инте- Градаціи врачебнаго персонала.

[1] Напр., *Edw. J. Domville, A manual for hospital nurses*. London. Churchill 1878 (3-е изданіе).

Florence E. Lees, *Handbook for hospital sisters*. London, 1874.

Catherine J. Wood, *A handbook of nursing*. London, 1878

и многія другія.

ресной для насъ, стороны больничнаго дѣла, я главнымъ образомъ буду имѣть въ виду modus vivendi медицинскихъ колледжей. Въ этихъ учрежденіяхъ врачъ начинаетъ свою службу въ роли младшаго ординатора (*house-surgeon*, или *house-physician*), затѣмъ онъ получаетъ званіе прозектора или врача амбулаторнаго пріема (*extra-dispensary surgeon or physician*), далѣе, онъ переходитъ въ секретари или статистики больничнаго отдѣленія (*surgical-registrar* or *medical registrar*), ассистента или преподавателя (*tutor*) извѣстной спеціальности; только послѣ многихъ лѣтъ службы онъ получаетъ званіе завѣдующаго отдѣленіемъ (*full-surgeon* or *full-physician*), наконецъ, послѣдняя, самая высшая ступень врачебной службы, есть консультантъ (*consulting*) отдѣленія.

Я позволю себѣ очертить здѣсь вкратцѣ права и обязанности только главныхъ категорій врачей: младшаго ординатора, ассистента, завѣдующаго отдѣленіемъ и консультанта. Все, что будетъ сказано о хирургическихъ отдѣленіяхъ, можетъ быть отнесено и къ терапевтическимъ отдѣленіямъ съ соотвѣтственнымъ прибавленіемъ званія медика (physician).

House-Surgeon.

1) Мѣсто *младшаго ординатора* въ больницахъ средней величины предоставляется врачу, имѣющему званіе бакалавра хирургіи (см. выше, стр. 6 и 7). На его обязанностяхъ лежитъ нетолько непосредственный врачебный уходъ за коечными больными, число которыхъ въ иныхъ больницахъ приходится до 100 человѣкъ на одного «house-surgeon» [напр., въ Guy's hospital на 550 постоянныхъ больныхъ (in-patients) въ день имѣется всего 6 младшихъ ординаторовъ], но онъ еще принимаетъ дѣятельное участіе въ амбулаторномъ пріемѣ приходящихъ больныхъ (out-patients), хотя этотъ контингентъ больныхъ главнымъ образомъ подлежитъ вѣдѣнію ассистентовъ клиники.

Въ кругъ обязанностей house-surgeon входитъ безотлучное пребываніе въ стѣнахъ больницы и при операціяхъ играть роль помощника оператора. По англійскому врачебному статуту (Medical-Act), младшій ординаторъ не имѣетъ права самостоятельной врачебной практики; помимо этого, въ нѣкоторыхъ госпиталяхъ требуется отъ врача, при поступленіи его на должность house-surgeon, подписка въ томъ, что онъ не будетъ заниматься частной практикой внѣ зданія больницы.

Не смотря на столь тяжелыя условія службы, трудъ младшаго ординатора обыкновенно оплачивается весьма низко: не болѣе 400 руб. въ годъ; въ иныхъ медицинскихъ колледжахъ администрація больницы не

только ничего не платитъ house-surgeon, но, при поступленіи его на службу, взимаетъ съ него еще извѣстную плату за квартиру и столъ, напр., University's College hospital; въ другихъ госпиталяхъ, пользующихся славою своихъ учителей, какъ St. Bartholomew's hospital, младшій ординаторъ платитъ еще до 250 руб. въ годъ въ пользу своего учителя (т. е., ассистента клиники или завѣдующаго отдѣленіемъ). При всемъ томъ, стремленіе молодыхъ врачей—получить мѣсто house-surgeon при какомъ-нибудь колледжѣ—неимовѣрно велико, потому что англійская молодежь знаетъ, какую громадную пользу въ научномъ отношеніи доставляетъ госпитальная служба подъ непосредственнымъ надзоромъ опытнаго руководителя.

При тѣхъ многостороннихъ обязанностяхъ младшаго ординатора, какія мы выше представили, казалось-бы, что подобный врачъ врядъ-ли уловитъ часокъ свободнаго времени для чтенія или дальнѣйшаго научнаго развитія. Но на самомъ дѣлѣ это далеко не такъ трудно, потому что, въ помощь каждаго house-surgeon, приставлено еще нѣсколько студентовъ высшихъ курсовъ, называемыхъ *dressers;* эти послѣдніе играютъ роль нашихъ фельдшеровъ, но въ лучшемъ значеніи этого слова; они перевязываютъ больныхъ, дежурятъ при постели опасныхъ больныхъ и въ рѣдкихъ случаяхъ имъ поручаютъ наркотизацію оперируемыхъ. Не всякому студенту представляютъ мѣсто dresser; въ иныхъ медицинскихъ школахъ, какъ University's College hospital, эти мѣста получаются по конкурсу, въ другихъ, какъ въ St. Bartholomew's hospital, со студентовъ взимаютъ плату за позволеніе носить обязанности *dresser*. Dressers.

Обыкновенно, при выборахъ на должность младшаго ординатора, администрація госпиталя дастъ предпочтеніе тому врачу, который во время студенчества прослужилъ въ госпиталѣ въ должности *dresser* не менѣе полугодія. Вотъ почему большинство студентовъ высшихъ курсовъ охотно принимаетъ на себя эти фельдшерскія обязанности. Эти dressers часто получаютъ квартиру и столъ въ самомъ зданіи больницы, конечно, за особенную плату («extra-payment»).

Хотя во врачебныхъ статутахъ не указано количество лѣтъ службы для младшаго ординатора, но опытъ показываетъ, что молодые врачи остаются въ этой должности не менѣе года и не болѣе двухъ лѣтъ.

2) Должность *assistant-surgeon* въ англійскихъ госпиталяхъ соотвѣтствуетъ почти должности нашихъ старшихъ врачей или ассистентовъ клиники. На ихъ обязанностяхъ преимущественно лежитъ амбу- Assistant-Surgeon.

латорный пріемъ, который въ иныхъ госпиталяхъ доходитъ до баснословной цифры, напр., въ St. Batholomew's hospital за 1884 г. было приходящихъ (out-patients) 161,759, кромѣ 1,226 случайныхъ (casualties) больныхъ; въ London-hospital—64,256 и т. д. Кромѣ того, ассистентъ клиники въ лѣтнее вакаціонное время или въ случаяхъ экстренныхъ вполнѣ замѣняетъ завѣдующаго отдѣленіемъ (full-surgeon). Въ нѣкоторыхъ больницахъ ассистенту предоставлено въ распоряженіе нѣсколько кроватей для помѣщенія на нихъ тѣхъ больныхъ, которые представляютъ для него особенный научный интересъ. Но достаточно имѣть подъ рукой такой богатый матеріалъ приходящихъ больныхъ, чтобы ассистентъ клиники въ короткое время могъ пріобрѣсти весьма солидныя познанія въ избранной имъ спеціальности.

Assistant-surgeon имѣетъ право практиковать внѣ госпиталя, такъ какъ обыкновенно это мѣсто занимаетъ врачъ, имѣющій званіе Membership of R. C. S.; а амбулаторный пріемъ въ одной изъ выдающихся больницъ Лондона даетъ ему возможность сдѣлаться извѣстнымъ въ обществѣ и, стало быть, пріобрѣсти частную практику. Изъ личныхъ бесѣдъ съ нѣкоторыми ассистентами клиники, какъ съ Уатсономъ Чэйне [1]), Мэкъ-Келлеромъ [2]) и друг. я узналъ, что частная практика такихъ лицъ даетъ не менѣе 6,000 руб. въ годъ. Вотъ почему эта должность въ большинствѣ случаевъ исполняется безплатно, если вмѣстѣ съ нею не связана другая обязанность—клиническаго демонстратора (tutor), прозектора и т. п., за которую послѣдніе получаютъ гонораръ изъ студенческихъ суммъ колледжа.

Но получить мѣсто ассистента клиники сопряжено съ чрезвычайными затрудненіями, такъ какъ эти должности предоставляются врачамъ не по рекомендаціи профессора или старшихъ товарищей, а по выбору попечителей (governors) больницы, составляющихъ такъ называ. «board of management». Замѣтимъ, что число этихъ избирателей доходитъ иногда до 350 (напр., въ Guy's hospital) и многіе изъ нихъ при оцѣнкѣ того или другаго кандидата не всегда руководствуются дѣйствительно заслугами ихъ, а разными не совсѣмъ благовидными качествами. Нѣкоторые изъ кандидатовъ не прочь прибѣгать къ рекламамъ въ политическихъ газетахъ и даже къ протекціи знатныхъ дамъ, чтобы

---

[1]) Д-ръ Watson Cheyne состоитъ ассистентомъ при клиникѣ Листера въ King's College hospital и лекторомъ въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» въ Лондонѣ.

[2]) Ассистентъ профессора Мэкъ-Кормака при Thomas's hospital.

получить мѣсто ассистента клиники.—Словомъ, и въ Англіи, этой странѣ идеальной свободы, не всегда правда торжествуетъ, словно какъ и у насъ при земскихъ выборахъ. Представители серьезной медицинской печати [1]) давно уже борются противъ этого зла и, благодаря ей, въ нѣкоторыхъ колледжахъ стали принимать во вниманіе и мнѣніе врачей (medical council) при выборахъ ассистентовъ или завѣдующихъ отдѣленіемъ. Такъ, напр., проф. Д. Листеръ былъ вызванъ изъ Эдинбурга въ Лондонъ, въ 1877 г., на должность хирурга (full-surgeon) въ King's College hospital, только благодаря настояніямъ врачебнаго совѣта того-же учрежденія.

3) Должность *завѣдывающаго отдѣленіемъ* (resident-surgeon) или такъ назыв. *full-surgeon* предоставляется преимущественно врачамъ, имѣющимъ за собою не только опредѣленное число лѣтъ службы, но заявившимъ себя въ наукѣ выдающимися работами по избранной имъ спеціальности. Въ колледжахъ эта категорія врачей составляетъ главный контингентъ профессоровъ, какъ по клинической медицинѣ, такъ и по теоретическимъ предметамъ послѣдней. Такія личности, какъ Эстлей Куперъ, Джемсъ Пэджетъ (James Paget), Листонъ, Эрихсенъ и многіе другіе, долгое время состояли въ должности full-surgeon въ различныхъ медицинскихъ школахъ. Эта должность одна изъ почетныхъ въ госпитальной іерархіи и потому она не вознаграждается никакимъ гонораромъ.—По статутамъ нѣкоторыхъ больницъ, завѣдующій отдѣленіемъ выбирается на опредѣленное число лѣтъ; такъ, напр., въ Royal-Infirmary of Glasgow этотъ срокъ ограниченъ всего 5 годами, послѣ чего full-surgeon можетъ быть выбранъ вновь на пятилѣтіе; въ London hospital эта должность предоставляется на 20 лѣтъ; наконецъ, въ Charing-Cross-hospital срокъ службы ограниченъ опредѣленнымъ возрастомъ въ 60 лѣтъ. Resident-surgeon.

Обязанности завѣдующаго отдѣленіемъ почти тѣже, что ассистента клиники, только его дѣятельность распространяется нѣсколько шире относительно коечныхъ больныхъ (in-patients); онъ два раза въ недѣлю обходитъ всѣхъ стаціонарныхъ больныхъ, обыкновенно 2—4 часовъ пополудни; предназначаетъ больныхъ къ операціи, которыя производятся разъ въ недѣлю и, главное, онъ ведетъ курсъ клиническаго преподаванія. За исполненіе обязанностей преподавателя resident-sur-

---

[1]) См. статью *New law regarding election at St. George's hospital* («Brit. Med. Journal 1877, стр. 208 и «Lancet» того же года, стр. 262, 288).

geon получаетъ гонораръ, выдаваемый медицинской школой изъ студенческихъ суммъ. Этотъ гонораръ обыкновенно не малый, такъ какъ сборъ со студентовъ достигаетъ въ нѣкоторыхъ колледжахъ до нѣсколькихъ десятковъ тысячъ рублей въ годъ, а между тѣмъ число врачей, завѣдующихъ отдѣленіями, на долю которыхъ выпадаетъ наибольшая часть студенческихъ суммъ, обыкновенно невелико (см. нижеприведенную таблицу IV, глава V). Кромѣ того, эта категорія врачей въ Англіи сосредоточиваетъ въ своихъ рукахъ наилучшую частную практику [1]).

Хотя завѣдующій отдѣленіемъ и не обязанъ бывать ежедневно въ госпиталѣ, тѣмъ не менѣе, многіе full-surgeons навѣщаютъ своихъ больныхъ по мѣрѣ надобности и являются въ больницу при первомъ требованіи house-surgeon.

Завѣдующій отдѣленіемъ есть отвѣтственное лицо предъ администраціею больницы за благосостояніе больныхъ; поэтому назначеніе послѣднихъ къ пріему на койку или къ выпискѣ изъ больницы предоставлены на благоусмотрѣніе завѣдующихъ отдѣленіями. Въ назначенные по росписанію дни full-surgeon осматриваетъ лично больныхъ, предполагаемыхъ къ поступленію въ клинику и, если въ его отдѣленіи нѣтъ свободной койки, то больной помѣщается въ отдѣленіи другаго full surgeon; но леченіе и надзоръ за больнымъ остается за тѣмъ врачемъ, который принялъ больнаго. Вслѣдствіе такого порядка зачисленія больныхъ въ клинику, мнѣ приходилось видѣть часто въ одной и той же палатѣ нѣсколькихъ завѣдующихъ отдѣленіемъ (напр., въ St. George's hospital), тѣмъ не менѣе, никакихъ недоразумѣній между врачами отъ этого не бываетъ.

Наконецъ, въ обязанности full-surgeon входитъ еще участіе во врачебныхъ совѣщаніяхъ (medical council).

---

[1]) На сколько практика этихъ врачей прибыльна, читатель можетъ получить нѣкоторое представленіе по слѣдующимъ фактамъ: газета «Medical and Surgical Reporter» 13, IX, 84, приводила примѣры заработковъ, полученныхъ извѣстными врачами-практиками Лондона; такъ, Radcliffe получалъ до 350 тысячъ, д-ръ Mead - до 200 тысячъ, Baillie—450 тысячъ, Harford—550000, а Brodie 850000 рублей въ годъ. Еще одинъ примѣръ: въ іюлѣ 1884 г. умеръ въ Лондонѣ извѣстный Erasmus Wilson—профессоръ по анатоміи и full-surgeon по дерматологіи; онъ оставилъ состояніе въ 1.800,000 руб. въ пользу Royal College of Surgeons («The Lancet» 4, X, 1884).

Медицинския совѣщанія.

Въ каждой большой больницѣ существуетъ слѣдующій прекрасный обычай: въ опредѣленный день недѣли собирается весь штатъ старшихъ врачей, и in corpore они обходятъ всѣ палаты больницы, останавливаясь у кроватей тѣхъ больныхъ, которые представляютъ собою сложные случаи заболѣванія или трудные въ діагностическомъ отношеніи. Послѣ такой общей визитаціи больницы, всѣ врачи собираются въ конференцъ-залъ и здѣсь происходитъ публичное [1]) врачебное совѣщаніе.

Ниже, при описаніи дѣятельности St. Bartholomew's hospital, я познакомлю читателя подробнѣе съ этимъ весьма полезнымъ обычаемъ совмѣстнаго обмѣна мнѣній врачей; здѣсь же я только замѣчу, что на этихъ врачебныхъ совѣщаніяхъ рѣшаются, между прочимъ, и вопросы о показаніяхъ къ производству операцій болѣе новыхъ или особенно трудныхъ. Благодаря такому контролю товарищей, въ Англіи увлекающіеся новаторы въ хирургіи не имѣютъ столь безграничнаго поля дѣятельности, какъ это встрѣчается очень часто въ Германіи. Здѣсь каждая болѣе или менѣе серьезная операція взвѣшивается предварительно на, sit venia verbo, точныхъ вѣсахъ клинической опытности и научныхъ основъ, подъ контролемъ консультантовъ и представителей научной медицины.

Такъ какъ по статутамъ англійскихъ госпиталей крайній срокъ пребыванія каждаго больнаго въ стѣнахъ больницы ограниченъ 6 или 8 недѣлями, то завѣдующій отдѣленіемъ неусыпно слѣдитъ за тѣмъ, чтобы ввѣренные ему больные не залеживались; вслѣдствіе этого full-surgeon знаетъ хорошо состояніе каждаго больнаго своего отдѣленія, что̀ возможно только при томъ ограниченномъ числѣ коечныхъ больныхъ, какое приходится въ англійскихъ госпиталяхъ на каждаго врача, завѣдующаго отдѣленіемъ. Я позволю себѣ привести здѣсь таблицу, по которой читатель можетъ отчасти сравнить арену госпитальной дѣятельности англійскаго врача съ таковою нѣмецкаго:

---

[1]) Я назвалъ это совѣщаніе врачей *публичнымъ*, потому что къ преніямъ по разбираемому вопросу допускаются не только больничные врачи всѣхъ категорій, но даже посторонні́я лица или гости, конечно, врачебнаго сословія, напр., иностранные врачи.

Таблица III. Отношеніе числа старшихъ врачей къ числу коечныхъ больныхъ.

А. *Въ англійскихъ госпиталяхъ* [1]).

Названіе госпиталя.	Отчетный годъ.	Сред. число коечныхъ больныхъ.	Число коекъ	Число завѣдующихъ врачей (resident - surgeons or physicians).	Средн. число коечныхъ больн. на одного завѣдующаго врача.
St. Bartholomew's hospital.	1884—85	6000	710	13	54,6
St. Thomas's »	1885 - 86	4816	512	10	51,2
Guy's »	1884—85	5121	690	8	86,2
St. George's »	1883	4000	353	10	35,3
London-hospital	1885 - 86	7388	800	16	50
King's College hospital .	1884	2094	200	9	22,2
Charing Cross » .	1884	1218	180	8	22,5
University » .	1885—86	2849	200	8	25

Б. *Въ нѣмецкихъ госпиталяхъ* [2]).

Städt. Krankenhaus in Friedrichshain въ Берлинѣ .	1878	5676	680	2	340
K. K. Allgem. Krankenhaus (въ Вѣнѣ) . . .	1877	22236	2000	11	181,8
Bethanian Krankenhaus (въ Берлинѣ). . . .	1878	2987	310	2	155
Magdeburger St. Krankenhaus	1878	4221	550	2	275

Изъ этой таблицы видно, что въ англійскихъ госпиталяхъ, которые вообще представляются средней величины, на одного завѣдующаго врача приходится среднимъ числомъ около 43 коечныхъ больныхъ, тогда какъ въ нѣмецкихъ госпиталяхъ это число достигаетъ до 237. Одобряя вполнѣ стремленіе англійскихъ госпиталей—не обременять завѣдующихъ отдѣленіями врачей слишкомъ большимъ числомъ коечныхъ больныхъ,—я вовсе не желаю впасть въ противорѣчіе съ тѣмъ, что мною было высказано [3]) на «Первомъ Съѣздѣ русскихъ врачей въ

---

[1]) Первая половина таблицы составлена мною по оффиціальнымъ годовымъ отчетамъ (Annual-Reports) названныхъ госпиталей, собранныхъ мною во время научныхъ экскурсій по лондонскимъ госпиталямъ.

[2]) Эта часть таблицы заимствована у Гютербока въ его работѣ: *Die englischen Krankenhäuser im Vergleich mit den deutschen Hospitälern* (см. Vierteljahrsschrift f. gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. Bd. XXXIII, стр. 330).

[3]) См. мой докладъ «*О средствахъ распространенія хирургической помощи среди сельскаго населенія*» («Врачъ» 1886 г., т. VII, № 14).

Петербургѣ», доказавъ недостаточность клиническаго матеріала въ нашихъ медицинскихъ факультетахъ для учащихся медицинѣ.—Въ каждой англійской медицинской школѣ обыкновенно функціонируютъ не менѣе трехъ клиницистовъ по хирургіи и столько же клиницистовъ по терапіи; стало быть, къ услугамъ студентовъ для клиническихъ наблюденій въ Англіи предоставлено около 150 коечныхъ больныхъ въ годъ по каждой обширной отрасли медицины, тогда какъ въ русскихъ медицинскихъ факультетахъ число кроватей въ каждой клиникѣ отъ 20—50; а таковыхъ клиникъ по главнымъ отдѣламъ (хирургіи и терапіи) не болѣе двухъ, не считая пропедевтическихъ клиникъ; слѣдовательно, на каждомъ медицинскомъ факультетѣ, при 600—1200 студентовъ-слушателей, имѣется всего 40—100 коечныхъ больныхъ для клиническаго преподаванія хирургіи или терапіи. Это отношеніе научнаго матеріала къ числу учащихся въ нашихъ университетахъ представится еще болѣе неудовлетворительнымъ, въ сравненіи съ англійскими медицинскими школами, если примемъ во вниманіе, что число студентовъ въ каждомъ колледжѣ рѣдко превышаетъ 300, тогда какъ у насъ, даже въ самомъ немноголюдномъ университетѣ, какъ варшавскій, число студентовъ-медиковъ свыше 600 человѣкъ.

Consulting of surgery.

4) Четвертую и послѣднюю ступень госпитальной іерархіи составляетъ званіе *консультанта* (consulting) госпиталя. Этотъ кадръ госпитальныхъ дѣятелей пополняется изъ врачей предшествующей категоріи. Обыкновенно консультанты при медицинскихъ колледжахъ или при нѣкоторыхъ спеціальныхъ больницахъ (какъ *St. Peters-hospital*—для болѣзней мочевыхъ органовъ, *Samaritan-Free-hospital*—для болѣзней полости живота) принимаютъ участіе только во врачебныхъ совѣщаніяхъ (см. выше, стр. 27). Изъ числа консультантовъ я назову здѣсь нѣсколько лицъ, хорошо извѣстныхъ и въ Россіи по своимъ учебникамъ, такъ, напр., Эрихсенъ, Генри Томсонъ—консультанты по хирургіи при University College hospital, Спенсеръ Уэльсъ—по оперативной гинекологіи при Samaritan-Free-hospital, Гётшинсонъ (Hutschinson)—по хирургіи при London hospital и др.

Въ рѣдкихъ случаяхъ консультанты, оставляя свой постъ госпитальнаго врача, сохраняютъ за собой право читать лекціи студентамъ колледжа; такъ, напр., проф. Гётшинсонъ въ 1885—86 учебномъ году читалъ краткій курсъ лекцій по клинической хирургіи въ колледжѣ при London hospital. При такихъ условіяхъ консультантъ госпиталя но-

ситъ еще званіе *заслуженнаго профессора* [emeritus prfessor [1])].— Я думаю, излишне будетъ указывать мотивы, по которымъ эта категорія врачей не получаетъ никакого вознагражденія за трудъ, посвященный госпиталю. Вообще званіе «consulting» внушаетъ особенное уваженіе къ врачу со стороны больныхъ; поэтому консультанты въ Англіи имѣютъ весьма обширную частную практику, послѣдняя и побуждаетъ ихъ оставлять свой постъ «завѣдующаго отдѣленіемъ въ госпиталѣ» и уступить кафедру другому, болѣе молодому товарищу по той-же спеціальности.

Во всякомъ случаѣ—этотъ обычай англійскихъ врачей не влечетъ за собой ущерба госпитальному дѣлу и, вмѣстѣ съ тѣмъ, даетъ средство не превращать клиническую кафедру въ синекуру.

Итакъ, познакомивъ читателя въ общихъ чертахъ съ англійскими порядками при уходѣ и леченіи больныхъ, я могъ бы собственно закончить свое введеніе во врачебный міръ медицинскихъ школъ Англіи. Но не могу не прибавить, что и тамъ врачебное сословіе нерѣдко встрѣчаетъ—при стремленіи создать изъ госпиталя дѣйствительную школу—непреодолимыя препятствія со стороны госпитальной администраціи. Другими словами, и англійскій врачъ—руководитель учащейся молодежи—не есть полный хозяинъ своего дѣла. Поэтому я намѣренъ разсмотрѣть здѣсь еще порядокъ хозяйственнаго управленія англійскихъ госпиталей.

Темныя стороны парламентарнаго управленія въ англійскихъ госпиталяхъ.

Вслѣдствіе того, что большая часть больницъ, ergo, и медицинскія школы, содержатся на счетъ пожертвованій частныхъ лицъ (supported by voluntary contributions), то администрація ихъ сосредоточи-

[1]) Чтобы показать читателю, на сколько вообще продолжительна служба англійскаго врача, я позволю себѣ здѣсь привести нѣкоторые примѣры изъ College of London-hospital, въ отчетахъ котораго приведены краткія свѣдѣнія изъ формулярнаго списка каждаго врача. Такъ, хирургъ Джемсъ Люкъ (James Luke) былъ избранъ 5/IX, 27 г. ассистентомъ, 18/XII, 33 г. преждевременно онъ былъ избранъ завѣдующимъ отдѣленіемъ; далѣе, 13/IX, 61 г.—избранъ консультантомъ, въ должности котораго онъ оставался до 15/IX, 81 г. (день его смерти); слѣдовательно, James Luke прослужилъ 6 лѣтъ ассистентомъ, 28 л.—завѣдующимъ отдѣленіемъ и 20 л. консультантомъ; всего 54 года. Другой хирургъ Jonathan Hutchinson избранъ былъ ассистентомъ 24/XI, 59 г., завѣдующимъ отдѣленіемъ 16/VI, 63 г., консультантомъ, 16/VI 83 л., въ должности котораго состоитъ и понынѣ; слѣдовательно, онъ прослужилъ ассистентомъ 4 года, завѣдующимъ отдѣленіемъ 20 л., а всего служитъ уже 29 л. (См. *Mile End. The London hospital and Medical College.* 101 сессія, 1885—1886, стр. 35).

вается исключительно въ рукахъ этихъ жертвователей или попечителей, т. е., людей несвѣдущихъ въ медицинѣ. Кромѣ того, *госпитальная администрація въ Англіи чисто парламентарная*, т. е., члены правленія или такъ наз. *board of management* выбираются ежегодно изъ среды всѣхъ попечителей (annuals governors); а такъ какъ таковые составляютъ большею частью люди купеческаго или торговаго сословія, то главные дѣятели госпитальной администраціи суть люди съ весьма узкимъ кругозоромъ на врачебное дѣло. Кромѣ того, сама механика госпитальной администраціи слишкомъ сложная; она состоитъ изъ: а) комитета объ уходѣ за больными (nursing committee), б) комитета о постройкахъ (building committee), в) комитета о финансахъ (committee of accounts) и г) комитета о врачебномъ персоналѣ [medical committee [1])]. Всѣ эти комитеты дѣйствуютъ какъ отдѣльные факторы и каждый изъ нихъ имѣетъ своего главу; такъ, напр., сестры милосердія и сидѣлки подчиняются только своей начальницѣ такъ назыв. *matron* или *lady superintendent*; комитетъ о финансахъ имѣетъ во главѣ особеннаго чиновника—такъ называемаго *treasurer*, который нерѣдко выбирается пожизненно, т. е., казначей несмѣняемъ. Этотъ комитетъ не имѣетъ права расходовать болѣе 1000 ф. стерлинговъ безъ запроса со стороны всѣхъ попечителей, т. е.. крупныя денежныя потраты разрѣшаются общимъ собраніемъ всѣхъ попечителей. Наконецъ, даже «комитетъ о врачебномъ персоналѣ» состоитъ также изъ тѣхъ-же попечителей—не-врачей, а между тѣмъ этотъ органъ госпитальной администраціи выбираетъ штатъ врачей, слѣдовательно, беретъ на себя право оцѣнивать заслуги врачей, представлять таковыхъ къ повышенію въ должности и даже устранять врачей изъ госпиталя.

Вообще, англійскіе врачи во всѣхъ административныхъ вопросахъ госпиталя имѣютъ только совѣщательный, но не рѣшающій голосъ. Аргументомъ этого, во всѣхъ отношеніяхъ прискорбнаго для врачей, обычая служитъ ложная аксіома, что «если профессіонирующій врачъ станетъ во главѣ администраціи госпиталя и окажется неопытнымъ хозяиномъ, то онъ принесетъ учрежденію значительно больше вреда, нежели это можетъ сдѣлать самый послѣдній профанъ изъ обыкновенныхъ смертныхъ».

Даже намъ, русскимъ врачамъ, трудно объяснить себѣ, на чемъ соб-

---

[1]) Прошу не смѣшивать этотъ комитетъ съ врачебнымъ совѣщаніемъ (medical council), о которомъ я говорилъ выше на стр. 27.

ственно основывается такое недовѣріе англійскаго общества къ нравственному цензу врачебнаго сословія. Тѣмъ болѣе странно встрѣтить это въ англійскихъ общественныхъ госпиталяхъ, гдѣ, по статутамъ, *каждый попечитель имѣетъ право участвовать во всѣхъ еженедѣльныхъ собраніяхъ и производить осмотръ госпиталя во всякое время* [1]), а казначей (treasurer) въ нѣкоторыхъ госпиталяхъ есть несмѣняемый чиновникъ всего правленія, отъ котораго нерѣдко зависитъ судьба младшихъ ординаторовъ.

Темныя стороны такого парламентарнаго управленія, само собою разумѣется, не медлятъ отразиться на всемъ строѣ госпитальнаго дѣла; особенно рѣзко онѣ бросаются въ глаза иностранному врачу, привыкшему видѣть въ больничныхъ палатахъ извѣстную дисциплину. Такъ, напр., во всѣхъ хирургическихъ клиникахъ, не исключая палатъ въ King's College hospital, гдѣ работаетъ Листеръ, я видѣлъ, что больные лежать въ своемъ носильномъ бѣльѣ, т. е., на нихъ нерѣдко можно видѣть фланелевыя рубахи, весьма подозрительной чистоты, пропитанныя разными запахами и всевозможными міазмами. Нѣкоторые больные лежатъ въ госпитальныхъ палатахъ на своихъ домашнихъ подушкахъ; или одѣяла больничныхъ палатъ приготовлены изъ разноцвѣтной шерсти и вообще изъ такого матеріала, который трудно поддается какой-либо дезинфекціи. Все это допускается администраторами больницъ на основаніи того принципа, что больной имѣетъ право держать себя въ больницѣ такъ, какъ у себя дома. Спрашивается, какъ согласить современныя требованія безгнилостной хирургіи съ такими порядками хозяйственной части госпиталя?

Въ нѣкоторыхъ больницахъ Лондона больнымъ отпускается ежедневно, кромѣ крѣпкаго пива (1/2 pint Ale), еще опредѣленное количество спиртныхъ напитковъ, и ежегодный бюджетъ расходовъ на послѣднее продовольствіе доходитъ до 10,000 рублей въ годъ, не считая расходовъ на вино, которое выдается больнымъ только по назначенію врача, тогда какъ спиртные напитки англичане причисляютъ къ діэтетическимъ средствамъ.

Вслѣдствіе такихъ порядковъ, содержаніе каждаго коечнаго больнаго въ лондонскихъ госпиталяхъ обходится крайне дорого; среднимъ чис-

[1]) Буквально этотъ пунктъ закона гласитъ такъ: *Every governor has a right to attend the weekly boards and all courts, and to inspect the hospital at any time* (См. *Abstract the laws* въ *Annual Report of St. George's hospital* for the year 1883, стр. 16, London 1884).

домъ койка обходится 34 фунта стерлинга (340 руб.) въ годъ и каждый приходящій больной (out-patient) 3 шилинга [1 р. 50 к. [1])]. Что величина бюджета каждаго коечнаго больпаго зависитъ отъ порядка управленія, служитъ слѣдующій фактъ: въ Guy's hospital, гдѣ во главѣ хозяйства стоитъ врачъ, содержаніе койки въ годъ обходится 47 ф. ст., тогда какъ въ St. Thomas's hospital, управляющемся выборнымъ казначеемъ (treasurer), содержаніе койки обходится вдвое дороже до 130 фунт. стерл., т. е., 1,300 руб. въ годъ. Замѣтимъ, что оба названные госпиталя причисляются къ категоріи большихъ больницъ.

Впрочемъ, въ англійской литературѣ, какъ спеціальной [2]), такъ и политической, за послѣднее время стали подыматься голоса, требующіе измѣнить нѣкоторые порядки въ администраціи госпитальнаго дѣла и главнымъ образомъ допустить врачей къ административнымъ должностямъ. Такъ, напр., въ *Guy's hospital*, какъ я уже упомянулъ, функціонируетъ врачъ въ роли «*medical superintendent*», т. е., главнаго врача-администратора больницы.

Не желая вдаваться въ другія, менѣе крупныя явленія англійскаго строя госпитальнаго дѣла, я полагаю, что представленный мною общій очеркъ врачебнаго міра въ Соединенномъ Королевствѣ Англіи позволяетъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

Заключенія.

1) Врачебное сословіе въ Англіи стоитъ на высотѣ научнаго и практическаго уровня развитія не ниже, чѣмъ въ другихъ континентальныхъ государствахъ Европы.

2) За постояннымъ развитіемъ англійскаго врача слѣдитъ не государственная власть, а корпорація товарищей, вслѣдствіе чего врачебное образованіе въ Англіи не заканчивается академической школой, а продолжается въ теченіи всей практической дѣятельности каждаго члена корпораціи.

3) Общественныя больницы въ Англіи суть не только пріюты для страждующаго люда, но одновременно съ этимъ онѣ служатъ разсадниками практическихъ отраслей медицины; вслѣдствіе этого медицинскія школы въ Англіи, въ практическомъ отношеніи, обставлены лучше, нежели во всѣхъ континентальныхъ государствахъ Европы.

---

[1]) См. *An account of the casualty departement* St. Bartholomew's hospital Report 1878, by Bridges.

[2]) *On hospital governement*, передовая статья въ «Medic. Times and Gazette 1879, т. I, стр. 178.

The workhouse infirmaries, тоже въ «Lancet», 1880, т. I, стр. 651.

4) Число медицинскихъ школъ въ Англіи превышаетъ число подобныхъ учрежденій въ другихъ государствахъ Европы; вотъ почему число учащихся медицинѣ въ каждой школѣ весьма невелико (не болѣе 300), что не можетъ не отзываться благотворно на качествѣ пріобрѣтаемыхъ познаній.

5) Всѣ общественныя больницы созданы и содержатся иждивеніемъ частныхъ лицъ, поэтому и вся госпитальная администрація сосредоточивается въ рукахъ попечителей больницъ.

6) На внутренней жизни англійскихъ госпиталей рѣзко замѣчается печать домашняго семейнаго пріюта, въ которомъ уходъ за больными не оставляетъ желать ничего лучшаго; но, съ другой стороны, вслѣдствіе парламентарнаго способа управленія госпитальнымъ дѣломъ, внутренняя обстановка хирургическихъ палатъ не вполнѣ согласуется съ требованіями современной (антисептической) хирургіи.

Литературные источники:

1) «*The Medical Directory for 1887*». London 1887. J. K. A. Churchill.

2) F. Oppert. *Hopitals*, *Infirmaries and Dispensaries*. London 1883, by J. K. A. Churchill.

3) Herbert Fry. The Royal Guide to the London Charities for 1884—1885. London 1884.

4) *University College hospital.* Report for 1882. London 1884.

5) *University College hospital.* Report for 1883. London 1885.

6) *University College*, London. *Faculty of Medecine.* Prospectus 1885—86.

7) *King's College*, London. Report for 1884.

8) *King's College hospital.* Medical department. February 1. 1885.

9) *St. Thomas's hospital Reports*, by Dr. Seymour Sharkey and Francis Mason. London 1883.

10) *St. Thomas's Medical School.* Prospectus for 1883–84. London.

11) *St. Thomas's Medical School.* Prospectus for 1885—1886. London.

12) *Annual Report of St. George's hospital.* London 1884.

13) *St. George's hospital Medical School.* Session 1883—1884.

14) *St. George's hospital Medical School.* Session 1884—1885.

15) *Statistical tables of St. Bartholomew's hospital during 1883*, by Macready and Frederic Eve. London 1884.

16) *St. Bartholomew's hospital and College.* Session 1884—1885.

17) *The London hospital. Annual Report, 1885.*

18) *The London hospital and Medical College*, by Mile End. London 1885.

19) *Guy's hospital Medical School.* 1884—1885. London.

20) *Charing Cross hospital.* London. Sixty-fourth Annual Report. 1884.

21) *The seventeenth Report of St. Peter's hospital.* 1883—84. London 1885.

22) *St. Peter's hospital. Surgical Report for year 1882.*

23) *Thirty-eighth Annual Report of the Samaritan free hospital.* London 1885.

24) *Edinburgh Medical School Calender and Guide to students 1885—86.* Edinburgh.

25) *Reports of the Royal Infirmary of Edinburgh. 1883—1884.* Edinburgh 1885.

26) *Ninetieth Annual Report of the Glasgow Royal Infirmary.* 1884.

27) *Tenth Annual Report of the Western Infirmary of Glasgow.* 1884.

28) Edw. J. Domville. *A manual for hospital nurses and others engaged in attending on the sick.* London 1878. (3-ье изданіе).

29) The Right-hon. Viscountess Strangfort. *Hospital training for ladies.* London 1873.

30) Rob. Smith. *Lectures on nursing.* London. (2-ое изданіе). 1874.

31) Florence E. Lees. *Handbook for hospital sisters.* London 1874.

32) Aeneas Munro. *The science and art of nursing the sick.* Glasgow 1873.

33) J. H. Barners. *Notes on surgical nursing.* London 1875.

34) Duckworth Dyce. Sick nursing. London 1877.

35) Zepherina Veitch. Handbook for nurses for the sick. London 1876.

36) Catherine J. Wood. A handbook of nursing. London 1878.

37) Rachel Williams and Alice Fischer. *Hints to hospital nurses.* Edinburgh 1877.

38) Charles J. Cullingworth. The nurse's companion. London.

39) J. W. Allan. *Notes on fever nursing.* London 1877.

40) J. F. Clarke. *Autobiographical Recollections of the Medical profession.* London 1874.

41) Paul Gueterbock. *Die englischen Krankenhäuser im Vergleich mit den deutschen Hospitälern.* (См. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin. т. 33 и 34).

42) Max Salomon. *Die Entwickelung des Medicinalwesens in England mit vergleichenden Seitenblicken auf Deutschland und Reformvorschlägen.* (См. Deutsche Medicinische Wochenschrift. №№ 24, 25, 26, 27. 1882).

43) Dr. George Meyer. *Die ausserdeutschen medicinischen Facultäten.* Leipzig 1888.

ГЛАВА II.

King's College hospital — арена дѣятельности проф. Д. Листера. Нѣсколько словъ по поводу сгруппированія своихъ наблюденій изъ англійскихъ школъ хирургіи. Устройство зданія King's College hospital. Краткія свѣдѣнія о дѣятельности Листера во время его доцентуры въ Глазгоо. Что побудило Листера сдѣлаться реформаторомъ въ хирургіи? — Листеръ *въ аудиторіи* King's College. Теоретическія лекціи Листера: о злокачественныхъ новообразованіяхъ, о невправимомъ вывихѣ локтя, о послѣдовательномъ леченіи резецированныхъ больныхъ. — Воззрѣніе Листера на активное направленіе современныхъ хирурговъ. — Листеръ, *какъ операторъ*. Способъ хлороформированія больныхъ въ клиникѣ Листера. Примѣры его оперативной техники: 1) *Resectio articulationis cubiti*. 2) *Resectio genu*. 3) *Resectio articul. cubiti съ образованіемъ искусственнаго блока*. 4) *Amputatio mammae*. 5) *Uranoplastica*. — Оцѣнка оперативной техники Листера. Внутренняя обстановка клиники Листера. Восемь клиническихъ случаевъ, демонстрированныхъ Листеромъ при визитаціи больныхъ. Два примѣра герметическихъ повязокъ. Нѣкоторыя замѣчанія относительно практическаго примѣненія антисептическихъ мѣръ Листеромъ. — Генри Смитсъ, какъ операторъ. *Amputatio mammae* и *Exstirpatio tumoris capitis*, какъ примѣры его оперативной техники.—Джонъ Вуудъ, какъ Листеріянецъ и операторъ. *Exstirpatio lymphosarcomatis colli* и *Amputatio antibrachii*, какъ примѣры оперативной техники послѣдняго. — Литературные источники.

О сгруппированіи наблюденій.

Современныя англійскія школы хирургіи представляются столь разнообразными и многочисленными, что, при желаніи строго систематизировать свои наблюденія, авторъ встрѣчаетъ не мало затрудненій. Въ предъидущей главѣ я уже говорилъ, что въ одномъ Лондонѣ находится 11 медицинскихъ школъ, изъ которыхъ каждая функціонируетъ совершенно самостоятельно и имѣетъ по нѣскольку представителей хирургическихъ каѳедръ. Въ одной и той же школѣ, на одномъ и томъ же операціонномъ столѣ или въ одной и той же хирургической палатѣ (напр., въ St. George's hospital) нерѣдко можно видѣть трехъ профессоровъ по хирургіи, придерживающихся совершенно различныхъ воззрѣ-

ній относительно способа леченія ранъ. Кромѣ того, въ Англіи, чаще чѣмъ гдѣ либо на континентѣ, мнѣ приходилось наблюдать, что лучшія (въ смыслѣ научномъ) силы хирургіи работаютъ въ худшихъ (въ смыслѣ конституціи) госпиталяхъ; другими словами, тамъ, гдѣ арена дѣятельности хирурга представляетъ меньше условій для борьбы съ внѣшними условіями жизни госпиталя, тамъ самые дѣятели менѣе педантичны, слишкомъ самоувѣрены въ своихъ дѣйствіяхъ и вообще мало анализируютъ имѣющіеся на лицо факты; поэтому они нерѣдко дѣлаютъ такіе промахи, которые не оправдываются ни новымъ, ни старымъ взглядами на леченіе хирургическихъ болѣзней (см. ниже наблюденія изъ клиники Мэкъ-Кормака).

Безспорно, для насъ было-бы весьма полезно, имѣть какое либо мѣрило для сравнительной оцѣнки дѣятельности того или другаго изъ современныхъ хирурговъ. Такимъ мѣриломъ, по моему мнѣнію, могла бы служить только «безъискусственная» статистика клиническихъ наблюденій. Но, къ крайнему сожалѣнію, и въ Англіи, какъ и во Франціи, современные клиницисты весьма рѣдко обнародываютъ свои наблюденія въ формѣ статистическихъ отчетовъ. Тѣ больничные отчеты, которые мнѣ удалось собрать въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ заграничныхъ экскурсій, обнимаютъ собою дѣятельность цѣлаго врачебнаго учрежденіи, а не отдѣльныхъ лицъ въ роли клиницистовъ.

Я говорю здѣсь объ Англіи. Въ Германіи, Швейцаріи и отчасти даже въ Бельгіи, напротивъ, я имѣлъ возможность собрать статистическій матеріалъ отдѣльныхъ клиникъ или больничныхъ отдѣленій.

Другимъ мѣриломъ для оцѣнки дѣятельности представителя хирургической школы, могла бы, пожалуй, служить его аудиторія, хотя многолюдность послѣдней невсегда говоритъ о научности представителя каѳедры и вотъ почему: такъ какъ въ Англіи не всякій штатный профессоръ состоитъ членомъ экзаменаціонной коммиссіи, провѣряющей познанія молодыхъ людей, добивающихся ученыхъ степеней, то учащіеся обыкновенно усерднѣе посѣщаютъ аудиторію тѣхъ профессоровъ, у которыхъ имъ впослѣдствіи придется сдавать экзаменъ. Напримѣръ, мнѣ приходилось лично видѣть, какъ аудиторія профессора Листера (J. Lister), излагающаго свои лекціи весьма научно, толково и въ тоже время чрезвычайно практично, посѣщается какимъ либо десяткомъ студентовъ, не считая множества иностранныхъ, иногородныхъ и мѣстныхъ врачей, тогда какъ при чтеніи лекцій проф. Вуда (Wood), состоящаго экзаменаторомъ въ «Лондонской Королевской Кол-

легіи Хирурговъ», та же самая аудиторія въ King's College hospital переполнена студентами.

Повторяю, трудно сгруппировать свои очерки медицинскихъ школъ Англіи по той роли, которую онѣ играютъ среди мѣстной учащейся молодежи.

Поэтому при описаніи наблюденій, собранныхъ мною въ теченіи 2-хъ лѣтнихъ семестровъ 1884-го и 1885-го годовъ, я постараюсь расположить свой матеріалъ по степени научности того или другаго представителя хирургическихъ каѳедръ.

Устройство King's College hospital.

King's College hospital, учрежденный въ 1839 году, помѣщается на Portugal Street, Lincoln's Inn. W. C., въ той части Лондонскаго City, которая населена бѣднымъ рабочимъ людомъ. Зданіе этого госпиталя представляетъ собою пятиэтажный домъ, выходящій главнымъ фасадомъ на небольшую площадку, вблизи зданія Королевской Коллегіи Хирурговъ; боковыя крылья больничнаго зданія окнами обращены въ узкіе переулки. Больница эта устроена по корридорной системѣ; одна часть зданія возобновлена въ 1855, а другая - въ 1861 г.; въ настоящее время вся больница приспособлена для 200 коекъ. Кромѣ подвальнаго этажа, гдѣ помѣщаются кухня и службы, зданіе больницы имѣетъ 4 этажа и два бельведера (attics)—на сѣверной и восточной части фасада,—гдѣ расположены спальныя комнаты больничнаго персонала (сестеръ-милосердія и сидѣлокъ). Какъ снаружи, такъ и внутри зданія нѣтъ никакихъ признаковъ роскоши: небольшое преддверье (vestibulum) ведетъ въ узкій корридоръ, на стѣнахъ котораго развѣшаны большія черныя доски съ золотыми надписями именъ попечителей, пожертвовавшихъ извѣстныя суммы денегъ на устройство этой больницы. Въ первомъ этажѣ центральнаго зданія помѣщаются: канцелярія больницы, комната для пріема приходящихъ больныхъ, весьма скромные кабинеты профессоровъ и столовая комната для студентовъ. На лѣвой сторонѣ корридора находится широкая каменная лѣстница, ведущая въ верхніе 3 этажа, гдѣ расположены больничныя палаты, аудиторіи и операціонный залъ. Двери палатъ выходятъ въ корридоръ или въ переднюю. Нѣкоторыя палаты довольно просторны, имѣютъ 85 ф. въ длину и 85 ф. въ ширину, другія 70 ф. и 24 ф.; стѣны покрыты цементомъ, потолки выбѣлены известью, полы крыты сосновыми досками и некрашены. Окна въ палатахъ расположены по одной только сторонѣ; они створчаты и открываются снутри. Количество воздуха для

каждаго больнаго исчислено въ 1800 куб. ф. Ватеръ-клозеты самодѣйствующіе.

Уходъ за больными предоставленъ въ руки, преимущественно, женщинъ: сестеръ милосердія, сидѣлокъ (nurses); на каждую палату въ 22 кровати имѣется одна сестра и 5 сидѣлокъ. Во главѣ больничной прислуги стоитъ старшая сестра, или *lady superintendent*.

Ежегодный доходъ King's College hospital достигаетъ до 126000 руб. [1]). Содержаніе каждой больничной койки въ годъ обходится свыше 590 руб. (59 L. 6 Sch. 4 d.). Въ теченіи 1884 г. дѣятельность этой больницы выразилась въ слѣдующихъ цифрахъ:

Стаціонарныхъ больныхъ (in-patients) было 2383 лица.

Приходящихъ—(out-patients)—9582.

Кромѣ того, при King's College hospital въ 1871 году открыто убѣжище (Samaritain-home) для выздоравливающихъ на 30 кроватей; сюда переводятся тѣ больные, которые не требуютъ леченія, а только ухода.

Въ хирургическихъ отдѣленіяхъ въ теченіи указаннаго времени перебывало стаціонарныхъ больныхъ 458, изъ которыхъ умерло 37, т. е., свыше 8%.

Въ King's College hospital, завѣдуютъ хирургическими отдѣленіями три профессора-клинициста: Листеръ (Joseph Lister), Вуудъ (John Wood) и Смитсъ (Henry Smith). Кромѣ того, въ этомъ госпиталѣ занимаются еще три хирурга, въ роли старшихъ ассистентовъ или адъюнктовъ: Уатсонъ Чейне (Watson Cheyne), Бэль (Royes Bell) и Роузъ (W. Rose). Въ учебное время года ассистенты по хирургіи завѣдуютъ отдѣленіемъ для приходящихъ больныхъ и только во время отсутствія профессора, они замѣняютъ его въ клиникѣ.

Каждый профессоръ-клиницистъ два раза въ недѣлю читаетъ теоретическія лекціи по частной хирургіи и разъ въ недѣлю производитъ операціи, послѣ чего обходитъ больничныя палаты въ сопровожденіи своихъ слушателей.

Въ King's College hospital я чаще всего посѣщалъ лекціи проф. Листера, хотя не упускалъ случая познакомиться съ дѣятельностью и другихъ представителей хирургіи въ томъ-же колледжѣ. Настоящій

---

[1]) Для болѣе легкаго сравненія цѣнности, я перевожу англійскую волюту на русскую, считая фунтъ стерлинговъ въ 10 кредитныхъ рублей и каждый шиллингъ въ 50 коп.,—таковъ былъ курсъ нашихъ кредитокъ въ 1885 г.

очеркъ я намѣренъ посвятить главнымъ образомъ дѣятельности Листера.

Кому изъ русскихъ врачей неизвѣстно имя Листера? Кто изъ хирурговъ не знаетъ высокихъ заслугъ его въ современномъ прогрессѣ этой отрасли медицины? А между тѣмъ, какъ мало мы знакомы съ его полемъ дѣятельности, какъ мало мы знаемъ Листера, какъ оператора, клинициста и учителя!—Вслѣдствіе быстраго распространенія по всей Европѣ основныхъ идей этого реформатора въ хирургіи, ученіе объ антисептикѣ ранъ въ теченіи послѣдняго десятилѣтія приняло такія фазисы развитія, что нѣкоторые представители новѣйшей хирургіи утверждаютъ, будто строгія мѣры обеззараживанія ранъ, предписываемыя новѣйшею антисептическою хирургіею, вовсе не находятъ себѣ примѣненія въ клиникѣ Листера. Мнѣ лично приходилось слышать изъ устъ нѣкоторыхъ германскихъ хирурговъ, будто Листеръ въ своей клиникѣ не достигаетъ тѣхъ блестящихъ результатовъ, какіе даетъ современная антисептическая хирургія въ германскихъ клиникахъ.—Я не стану здѣсь a priori оспаривать высказанное мнѣніе; но взамѣнъ этого я постараюсь представить читателю факты и наблюденія изъ клиники Листера, собранныя мною лично въ теченіи двухъ лѣтнихъ семестровъ 1884 и 1885 годовъ.

Чтобы рельефнѣе очертить многостороннюю дѣятельность Листера, я намѣренъ разсмотрѣть его какъ профессора, какъ оператора, какъ клинициста и, наконецъ, какъ представителя извѣстной школы хирургіи.

Джозефъ Листеръ—ученикъ Эдинбургской школы медицины и, хотя его ученое имя давно уже почиталось въ Англіи, тѣмъ не менѣе, онъ не безъ борьбы получилъ кафедру въ одной изъ медицинскихъ школъ Лондона. Съ его первоначальною дѣятельностью насъ лучше всего знакомитъ проф. Глазгооскаго университета Чэртризъ [1]).

О дѣятельности Листера въ Глазго и Эдинбургѣ.

Когда я былъ студентомъ въ Эдинбургѣ, говоритъ названный авторъ, Джозефъ Листеръ читалъ хирургію въ роли сверхштатнаго преподавателя; его лекціи были далеко не увлекательны: онъ говорилъ медленно, часто запинался и вообще въ его рѣчи проглядывала какая-то нерѣшительность; какъ операторъ Листеръ никогда не былъ маэстромъ; его дѣйствія были слишкомъ медленны, суетливы. И только когда, благодаря своему родству съ знаменитымъ хирургомъ Саймомъ

¹) См. *Three epoches in medicine* by M. Charteries (Lancet, 24 April 1886).

(Syme), ему дана была возможность выступить на самостоятельное поприще практической дѣятельности, онъ съумѣлъ развернуть свои природныя дарованія и показать свои достоинства.

Будучи въ 1864 г. приглашенъ на хирургическую каѳедру въ глазгооскій университетъ, Листеръ, вмѣстѣ съ тѣмъ, получилъ должность хирурга (resident-surgeon) въ больницѣ Royal Infirmary; здѣсь-то, въ сферѣ практической хиругіи, онъ выказалъ такія наблюдательныя способности, которыя его скоро выдвинули изъ ряда другихъ хирурговъ и сдѣлали имя Листера всеевропейски знаменитымъ.

Что побудило Листера сдѣлаться реформаторомъ въ хирургіи?

Хирургическое отдѣленіе названнаго госпиталя въ то время находилось въ самыхъ пагубныхъ для больныхъ гигіэническихъ условіяхъ, ибо, какъ впослѣдствіи было доказано, зданіе госпиталя было построено на старомъ кладбищѣ (такъ назыв. charnel-house). Подъ нижнимъ этажемъ мужскаго отдѣленія больницы Royal Infirmary, въ которомъ помѣщались хирургическіе больные со свѣжими травматическими поврежденіями, на нѣсколько дюймовъ отъ пола найдено было въ самомъ верхнемъ ярусѣ множество гробовъ, похороненныхъ еще во время холерной эпидеміи, въ 1849 году. Слѣдствіемъ такого близкаго сосѣдства хирургическихъ палатъ съ очагомъ различныхъ міазмъ было то, что сложные переломы съ открытыми ранами обыкновенно протекали весьма дурно, такъ какъ они весьма часто осложнялись гнилокровіемъ.

Скоро пытливый умъ Листера нашелъ средство побороть этотъ бичъ. Прежде всего онъ старался точнѣе опредѣлить—какіе міазматическіе зародыши способствуютъ развитію нагноенія; затѣмъ онъ рядомъ опытовъ на животныхъ доказалъ, что при извѣстныхъ обеззараживающихъ средствахъ свѣжія раны могутъ протекать вполнѣ безгнилостно и безъ малѣйшаго слѣда нагноенія, даже при весьма скверныхъ условіяхъ госпитальной конституціи. Основываясь на этомъ теоретическомъ воззрѣніи, ему удавалось травматическія поврежденія или оперативныя раненія доводить до полнаго заживленія. Но Листеръ не торопился обнародовать добытыя имъ средства противъ борьбы съ міазмами. Только послѣ тщательной провѣрки опытовъ, всесторонняго изслѣдованія этого вопроса и сопоставленія клиническихъ фактовъ, подтверждающихъ его теоретическія воззрѣнія, онъ рѣшился опубликовать свои наблюденія въ наиболѣе распространенномъ англійскомъ медицинскомъ журналѣ [1]).

[1]) См. «Lancet» 16, 23, 30 March, 27 April, 27 July 1867. Уже въ концѣ 60-хъ годовъ Листеру удалось понизить процентъ смертности послѣ большихъ

Это новое ученіе обратило на себя всеобщее вниманіе хирурговъ всѣхъ странъ Европы, вызвало новую эру въ практической хирургіи. Вмѣстѣ съ тѣмъ, оно непосредственно касалось интересовъ «робкихъ обитателей миролюбивой голубятни» (подлинныя выраженія Чэртриза), преданныхъ рутинѣ. Каково было удивленіе жителей Глазгоо, когда они узнали, что испаренія кладбища, вокругъ котораго стелится тинистая рѣчка *Молендинаръ,* побудили профессора и госпитальнаго хирурга изобрѣсти такія мѣры, которыя дали бы возможность проводить леченіе хирургическихъ больныхъ безгнилостно? Выводы Листера основывались на такихъ твердыхъ, тщательно прослѣженныхъ фактахъ, что на изумленныхъ лицахъ администраторовъ больницы нельзя было не замѣтить чувства признательности; поэтому предложенныя Листеромъ мѣры были приняты безъ особенныхъ ухищреній.

Въ то время лучшій медицинскій органъ «Lancet» очертилъ значеніе этого открытія слѣдующими словами:

«Если заключенія Листера о вліяніи карболовой кислоты на теченіе сложныхъ переломовъ подтвердятся дальнѣйшими наблюденіями и опытами, то трудно будетъ оцѣнить всю важность этого открытія. Хотя вліяніе карболовой кислоты на теченіе травматическихъ ранъ вытекаетъ изъ ученія Пастёра о зарожденіи микроорганизмовъ, тѣмъ не менѣе, примѣненіе этого средства при леченіи сложныхъ переломовъ, затечныхъ гнойниковъ и другихъ свѣжихъ ранъ составляетъ неотъемлемую собственность «Листера». — Главная характеристическая черта Листеровской работы составляетъ цѣльность, законченность: онъ ничего не принималъ на вѣру; наблюденія и опыты другихъ онъ, послѣ тщательной провѣрки, подтверждалъ или опровергалъ; никогда онъ не былъ догматикомъ. Однимъ словомъ, Листеръ—человѣкъ, къ которому всѣ ученые относятся съ полнымъ довѣріемъ (In a word he is a man to be trusted), и это послѣднее доставило ему рѣзко выдающееся мѣсто во всемъ ученомъ мірѣ».

Какъ лекторъ, продолжаетъ Чэртризъ, Листеръ значительно усовершенствовался съ тѣхъ поръ, какъ онъ принялъ кафедру въ Эдинбургскомъ университетѣ. Его голосъ не былъ монотоненъ; никогда онъ не говорилъ скоро; всегда ясно; повторялъ слова тамъ, гдѣ это было необходимо, чтобы выразить свои мысли рельефнѣе и убѣдительнѣе.

операцій съ 45,7% на 15% (см. соч. Watson Cheyne, *Antiseptic Surgery, its Principles, Practice, History and Results.* London, стр. 343.

Въ 1875 г. Листеръ посвятилъ свой трудъ «*Изслѣдованіе объ антисептикѣ*» [1]) Пастёру, и въ своемъ предисловіи авторъ говоритъ: «Послѣднія девять лѣтъ я посвятилъ изученію вопроса о самозарожденіи. Позвольте мнѣ воспользоваться случаемъ высказать Вамъ свою сердечную благодарность за то, что Ваши неоцѣнимыя изслѣдованія доказали мнѣ основательность зародышевой теоріи (the Germtheory) и связь ея съ нагноительнымъ процессомъ; только ваши воззрѣнія служили мнѣ основами, дававшими мнѣ возможность довести антисептику до благополучнаго результата». Пастёръ, говорятъ, принялъ это посвященіе съ самою живою благодарностью.

Я считалъ нужнымъ уже въ самомъ началѣ своего описанія дѣятельности Листера познакомить читателя со взглядами его соотечественниковъ на теорію Листеровскаго ученія, чтобы еще рельефнѣе показать, что «никто не бываетъ пророкомъ въ своемъ отечествѣ», т. е., что, не смотря на столь очевидныя и несомнѣнныя преимущества антисептическаго леченія ранъ, методъ Листера въ Англіи по-нынѣ не нашелъ себѣ такихъ строгихъ послѣдователей, какъ въ континентальныхъ государствахъ Европы. Скажу больше: въ томъ самомъ госпиталѣ, въ King's College, гдѣ работаетъ Листеръ, товарищи его не желаютъ примѣнять тѣхъ средствъ, которыя составляютъ основу антисептическаго леченія ранъ. Все это, по моему мнѣнію, коренится въ рутинѣ той «голубятни», о которой говоритъ Чэртризъ. Ниже читатель встрѣтится еще съ другими фактами подобнаго же рода.

Въ богатѣйшей и многолюднѣйшей столицѣ Соединеннаго Королевства Великобританіи, гдѣ на практическомъ поприщѣ хирургіи уже издавна подвизались недюжинныя силы, какъ Гольмсъ (Holmes), Вуудъ, Генри Смитсъ, Мэкъ-Кормакъ (Mac-Cormack) и друг., появленіе такого традиціоннаго хирурга какъ Листеръ, не могло быть принято особенно сочувственно со стороны его товарищей по профессіи. Поэтому практическое поприще проф. Листера, не смотря на его громадную энергію и любовь къ дѣлу, по-нынѣ остается весьма ограниченнымъ. Я говорю—арена дѣятельности Листера ограничена—въ томъ смыслѣ, что его аудиторія далеко не такъ многолюдна, какъ она того заслуживаетъ; его ученіе не можетъ сдѣлаться достояніемъ большинства учащихся, за неимѣніемъ соотвѣтственной лабораторіи; наконецъ, его вліяніе на врачебное сословіе вообще и учащуюся молодежь

[1]) *The Germ Theory of putrefaction and other fermentative changes* (см. Transactions of Royal Society Edinburgh, т. XXVII, 1875).

въ частности нерѣдко парализуется рутинными воззрѣніями его старшихъ товарищей.

Эти краткія предварительныя свѣдѣнія я считалъ необходимымъ предпослать прежде, чѣмъ я введу читателя въ аудиторію King's College hospital, гдѣ по понедѣльникамъ отъ 2—3 ч. пополудни обыкновенно читаетъ свои теоретическія лекціи проф. Листеръ. Сама аудиторія носитъ на себѣ печать историческихъ дѣятелей хирургіи: на ея стѣнахъ красуются горельефы такихъ безсмертныхъ ученыхъ, какъ: Wiliam Harvey (1576—1657), Richard Wisemann, Edward Jenner (1749—1823), John Hunter (728—793), Charles Bell (1774—1842) и Wiliam Fergusson (1808—1877); мѣсто послѣдняго и замѣнилъ Joseph Lister.

Листеръ въ аудиторіи.

Обширная, свѣтлая, расположенная амфитеатромъ зала, казалась мнѣ почти пустою, когда я впервые вошелъ въ нее въ сопровожденіи самого Листера. Первый рядъ мѣстъ, предназначенныхъ, по обычаю Лондонскихъ школъ, исключительно для гостей или хирурговъ, былъ занятъ нѣсколькими иностранными врачами, среди которыхъ преобладали французы—ученики проф. Вернейля (и между ними молодой проф. Кермиссонъ изъ Парижа). За оградой операціонной арены помѣщалось нѣсколько человѣкъ студентовъ King's College, числомъ не болѣе 15.

Занявъ мѣсто въ первомъ ряду, напротивъ лектора, зорко слѣдя за каждымъ его движеніемъ и внимательно вслушиваясь въ его плавную рѣчь, мнѣ нетрудно было замѣтить, что такая пустота въ аудиторіи вовсе не въ диковинку почтенному Листеру; она, какъ видно, составляетъ для него обыденное явленіе.

Теоретическая лекція Листера о злокачественныхъ новообразованіяхъ.

Предметомъ теоретической лекціи, читанной проф. Листеромъ 15/VI, 1885, составляло развитіе злокачественныхъ опухолей и условія перехода однѣхъ формъ новообразованій въ другія. Исходной точкой для этой клинической бесѣды служила больная 50-лѣтняя женщина, у которой нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ Листеръ вырѣзалъ на носу небольшую опухоль, величиною въ бобъ; удаленное новообразованіе, по его мнѣнію, карциноматознаго характера. Нѣкоторое время спустя, на лѣвой щекѣ оперированной вновь показалась опухоль, которая на этотъ разъ была вырѣзана ассистентомъ King's College, хирургомъ Уатсонъ-Чейне. Гистологическое изслѣдованіе рецидивирующаго новообразованія показало, что опухоль, по строенію, есть мелкоклѣточная саркома. И дѣйствительно, въ настоящее время у дан-

ной больной появился второй рецидивъ, въ формѣ плотной, быстро ростущей опухоли, занимающей толщу лѣвой щеки и всю нижнюю губу. Описавъ вкратцѣ анатомическое положеніе этого новообразованія и объективныя явленія даннаго страданія, лекторъ перешелъ къ вопросу о постановкѣ дифференціальной діагностики подобныхъ новообразованій; при этомъ онъ, въ немногихъ словахъ, весьма рельефно представилъ картины развитія эпителіомъ и саркомъ кожи и остановился главнымъ образомъ на возможности перехода однѣхъ формъ злокачественныхъ новообразованій въ другія.—При краткомъ разборѣ данной больной, лекторъ весьма логически связывалъ полученныя клиническія явленія, съ тѣми научными выводами патологіи, которые должны входить въ основу раціональной діагностики.

Хотя случай этотъ, самъ по себѣ, не представляетъ ничего особеннаго, но клиническій разборъ болѣзни, сдѣланный проф. Листеромъ крайне практично и научно, былъ выслушанъ съ большимъ вниманіемъ всѣми присутствующими врачами.

О леченіи невправимыхъ вывиховъ локтя.

Второй клиническій случай, послужившій предметомъ бесѣды на той же лекціи, былъ 9-лѣтній мальчикъ, у котораго вслѣдствіе отрыва нижняго эпифиза правой плечевой кости, образовался вывихъ локтя. И этотъ случай представилъ интересъ только въ діагностическомъ отношеніи. Листеръ демонстрировалъ больнаго предъ аудиторіею и предложилъ нѣкоторымъ изъ присутствующихъ изслѣдовать его. Обративъ вниманіе на трудность вправленія подобнаго застарѣлаго вывиха, осложненнаго переломомъ, лекторъ пришелъ къ тому заключенію, что единственное средство, могущее возстановить функцію предплечья,—это резекція локтеваго сочлененія. Замѣтимъ, между прочимъ, что предплечье больнаго было in extensione и сгибаніе его было крайне ограничено. Прійдя къ такому выводу, лекторъ остановился на оцѣнкѣ различныхъ способовъ резекцій упомянутаго сочлененія; при этомъ онъ подвергъ критическому разбору способъ Морро, при которомъ производится Н-образный разрѣзъ и разсѣкается сухожилье трехглавой мышцы плеча. По мнѣнію Листера, такой способъ резекціи нерѣдко влечетъ за собою образованіе болтающагося сочлененія. Далѣе, лекторъ представилъ общій планъ резекціи въ данномъ случаѣ; именно: послѣ проведенія задняго, боковаго разрѣза и отдѣленія надкостницы, вмѣстѣ съ мягкими частями, отъ локтеваго отростка, онъ попытается вправить послѣдній въ суставную ямку между мыщелками плеча; если же не удастся этого сдѣлать, тогда онъ будетъ резецировать либо лок-

тевой отростокъ, либо смѣщенный мыщелокъ плеча; наконецъ, въ крайнемъ только случаѣ, онъ рѣшится на полную резекцію всего локтеваго сустава. Что же касается техники резекціи локтя вообще, то способъ съ двумя боковыми разрѣзами даетъ обыкновенно вполнѣ свободный доступъ ко всѣмъ костямъ сочлененія и потому онъ предпочитаетъ примѣнить его въ данномъ случаѣ.

О послѣдовательномъ леченіи резецированнаго локтеваго сочлененія.

Затѣмъ Листеръ перешелъ къ вопросу о послѣдовательномъ леченіи резекціи локтя. Указавъ на то, что успѣшный исходъ подобной операціи, въ смыслѣ полнаго возстановленія функціи сустава, возможенъ тогда, если операторъ вскорѣ послѣ операціи начнетъ производить пассивныя движенія конечностью, онъ доказывалъ, что наложеніе неподвижныхъ повязокъ или укрѣпляющихъ суставъ шинъ послѣ резекціи локтя безусловно вредно. Онъ убѣдился, что, при примѣненіи извѣстныхъ антисептическихъ мѣръ во время операціи, можно начинать пассивныя движенія въ локтевомъ суставѣ съ третьяго дня послѣ резекціи. Такія равномѣрныя, нѣжно произведенныя движенія безболѣзненны и потому легко переносятся оперированными, если—conditio sine qua non — рана протекаетъ асептически, т. е., безъ воспалительныхъ реактивныхъ явленій.

Въ справедливости высказаннаго Листеромъ мнѣнія я имѣлъ дважды возможность лично убѣдиться на оперированныхъ его же клиники. Ниже я приведу вкратцѣ исторіи болѣзни этихъ оперированныхъ.

Познакомивъ читателя, ради примѣра, съ содержаніемъ одной изъ теоретическихъ лекцій знаменитаго клинициста, я позволю себѣ въ общихъ чертахъ сказать о Листерѣ, какъ о лекторѣ, что его лекціи отличаются краткостью, ясностью и простотой изложенія, отсутствіемъ всякихъ излишнихъ разсужденій, граничащихъ съ философствованіемъ, и главнымъ образомъ въ нихъ проводится логическая связь между теоретическими выводами науки и ежедневными требованіями практики. Точнѣе выражаясь, въ лекціяхъ Листера слушатель почерпаетъ тѣ теоретическіе выводы науки, которые даютъ возможность начинающему врачу уяснить и усвоить себѣ новѣйшія усовершенствованія практической хирургіи.

Послѣ окончанія лекціи, проф. Листеръ подошелъ къ намъ, иностраннымъ врачамъ, и на французскомъ языкѣ обратился съ вопросомъ—все ли намъ было понятно, такъ какъ онъ предполагаетъ, что англійская рѣчь не легко понимается иностранцами. Этотъ самъ по себѣ маловажный фактъ показываетъ, на сколько проф. Листеръ

внимателенъ и любезенъ къ слушателямъ вообще, а къ иностранцамъ въ особенности.

Крайняя простота рѣчи, невозмутимое хладнокровіе, заботливое, гуманное обращеніе съ больными и, наконецъ, чрезвычайная внимательность къ слушателямъ—составляютъ отличительныя черты Листера, какъ человѣка. Въ теченіи двухмѣсячнаго посѣщенія его клиники я неоднократно имѣлъ возможность убѣдиться, что Листеръ, какъ истый ученый, не зараженъ шовинизмомъ, столь свойственнымъ англичанамъ вообще; онъ, напротивъ, относится ко всѣмъ иностраннымъ врачамъ, безъ различія національности, одинаково внимательно. Намъ случалось слышать, какъ онъ, хотя съ нѣкоторымъ трудомъ, передавалъ германскимъ врачамъ на нѣмецкомъ языкѣ исторіи болѣзни своихъ оперированныхъ; какъ онъ бесѣдовалъ съ французами о преимуществѣ его антисептической повязки предъ Вернейлевскими или Гереновскими способами леченія ранъ; наконецъ, съ какимъ сочувствіемъ онъ отзывался объ успѣхахъ русскихъ врачей вообще.

Но еще рельефнѣе характеръ хирурга сказывается на его полѣ практической дѣятельности, т. е., у операціоннаго стола. Поэтому, во время моего двукратнаго пребыванія въ Лондонѣ, я никогда не терялъ случая присутствовать при операціяхъ, произведенныхъ Листеромъ. Но прежде, чѣмъ познакомлю читателя съ оперативною техникою Листера, я позволю себѣ въ немногихъ словахъ передать общій взглядъ его на активное направленіе современныхъ хирурговъ. Быть можетъ, слово—«взглядъ»—въ данномъ случаѣ не вполнѣ подходящее выраженіе, ибо изъ устъ Листера я этого лично не слыхалъ; но думаю, что взглядъ хирурга-оператора высказывается въ его дѣйствіяхъ.

Воззрѣнія Листера на активное направленіе современныхъ хирурговъ.

Начнемъ съ того, что Листеръ, sit venia verbo, не есть «новаторъ» въ оперативной хирургіи; онъ не только не изобрѣлъ новыхъ операцій, но даже не стремится примѣнить на дѣлѣ тѣ нововведенія оперативной техники, которыя даютъ такой богатый матеріалъ современнымъ нѣмецкимъ хирургамъ. Напримѣръ, Листеръ по-нынѣ не произвелъ ни одной nephrectomiae, splenotomiae, resectionis pylori ventriculi и т. п.; мало того, онъ никогда, или весьма рѣдко оперируетъ въ области живота; въ отчетахъ его клинической дѣятельности операціи ovariotomia, laparotomia составляютъ весьма рѣдкія явленія. Объясняю я этотъ фактъ тѣмъ, что, по мнѣнію Листера, прогрессъ оперативной хирургіи заключается не столько въ изобрѣтеніи новыхъ операцій, сколько въ усовершенствованіи техники старыхъ, такъ ска-

зать, «классическихъ» операцій, которыя, при введеніи антисептики, могутъ дать еще современному хирургу весьма богатый матеріалъ для его научныхъ изслѣдованій. Я далекъ отъ мысли видѣть въ Листерѣ ретрограда въ хирургіи, отрицающаго пользу новыхъ операцій; но только онъ, какъ опытный клиницистъ и операторъ-мыслитель, не можетъ не видѣть тѣхъ увлеченій новѣйшихъ операторовъ, которые, удаляя отдѣльные органы, подчасъ забываютъ неразрывную связь ихъ въ человѣческомъ организмѣ.

Что-же касается операцій брюшной полости, которыя получили неотъемлемыя права гражданства въ оперативной хирургіи, то Листеръ ихъ предоставилъ нѣкоторымъ изъ своихъ учениковъ, Сзорнтону (Thornton) и Бэнтоку (Bantock) — хирургамъ, избравшимъ брюшную область, какъ спеціальное поле своей оперативной дѣятельности. И дѣйствительно, эти спеціалисты, благодаря частотѣ производства одной и той же операціи, пріобрѣли чрезвычайную опытность въ распознаваніи формъ страданія и, вмѣстѣ съ тѣмъ, выработали въ себѣ такую богатую технику въ производствѣ оваріотомій, которая почти недоступна хирургу вообще.

Листеръ, какъ операторъ.

Итакъ, приступая къ описанію дѣятельности Листера, какъ оператора, я предупреждаю читателя, что въ моихъ наблюденіяхъ онъ не встрѣтитъ новыхъ способовъ операцій; напротивъ того, случаи изъ оперативной техники Листера составляютъ примѣры обыденныхъ дѣйствій всякаго госпитальнаго хирурга. Тѣмъ не менѣе, я постараюсь описать ихъ возможно полнѣе и обстоятельнѣе, ибо успѣхъ иной операціи нерѣдко зависитъ отъ такихъ маловажныхъ обстоятельствъ, которыя легко ускользаютъ отъ вниманія посторонняго наблюдателя.

Профессоръ Листеръ у операціоннаго стола представляется слушателю въ такомъ же видѣ, какимъ мы его видѣли въ аудиторіи, т. е., онъ не снимаетъ своего верхняго платья, не одѣваетъ ни передника, ни нарукавниковъ, какъ это дѣлаютъ большинство современныхъ операторовъ. Въ той же аудиторіи, гдѣ онъ читаетъ лекціи, стоитъ незатѣйливый операціонный столъ, вблизи котораго дѣйствуютъ два паровыхъ распылителя [spray [1])] карболовой кислоты, за безпрерывнымъ

[1]) Русскимъ хирургамъ хорошо извѣстно, что распылитель (spray) давно вышелъ изъ употребленія; но во время бытности моей въ Лондонѣ въ 1884 и 1885 гг. этотъ снарядъ еще примѣнялся въ клиникѣ Листера. Равнымъ образомъ мнѣ извѣстно изъ англійскихъ медицинскихъ газетъ, что Листеръ въ послѣднее время сталъ употреблять растворъ сулемы, вмѣсто карболовой кислоты; но всѣ эти новѣйшія введенія не измѣняютъ, по моему мнѣнію, сущности оперативной техники.

дѣйствіемъ которыхъ слѣдитъ одинъ изъ помощниковъ (dressers). Всѣ инструменты, равно какъ перевязочный матеріалъ, хранятся въ особыхъ для того назначенныхъ шкафахъ подъ наблюденіемъ инструментаріуса и имѣются тутъ же подъ рукой, въ операціонномъ залѣ.

Больнаго, подлежащаго операціи, приносятъ изъ палаты въ его уличной одеждѣ и покрытымъ цвѣтнымъ шерстянымъ одѣяломъ. Уложивъ больнаго на операціонный столъ, его всего обкладываютъ клеенчатыми простынями, оставивъ открытымъ только поле операціи; поверхъ клеенки кладутся полотенца, смоченныя въ 2% растворѣ карболовой кислоты. Всѣ потребные для операціи инструменты погружаются въ такой же растворъ карболовой кислоты за нѣсколько часовъ до начала операціи. Персоналъ помощниковъ, принимающихъ непосредственное участіе въ операціи, состоитъ: изъ house surgeon [1]), нѣсколькихъ dressers [2]), инструментаріуса, двухъ сестеръ милосердія и одного больничара—все это молодые люди, одѣтые, правда, безукоризненно чисто, но ни въ какой особенной одеждѣ.

Способъ хлороформированія больныхъ въ клиникѣ Листера.

Наркотизацію больнаго производитъ house surgeon слѣдующимъ образомъ: сложивъ салфетку въ видѣ воронки, онъ вливаетъ въ нее нѣсколько хлороформа и держитъ ее сначала на нѣкоторомъ разстояніи отъ лица оперируемаго, затѣмъ постепенно приближаетъ салфетку къ носу и, по мѣрѣ того, какъ больной засыпаетъ, количество хлороформа приливается и наркотизація усиливается.

Я обращаю вниманіе читателя на этотъ простой способъ хлороформированія больныхъ потому, что въ Лондонскихъ клиникахъ вообще наркотизируютъ различными средствами (эфиромъ, хлороформомъ, закисью азота, двухлористымъ этилемъ, двухлористымъ мэтилемъ и т. п.) и различными способами, изъ которыхъ главнымъ образомъ преобладаютъ два: одинъ—насильственный или «удушающій» способъ наркотизаціи, причемъ больному не дается свободнаго притока воздуха, другой — способъ постепенной наркотизаціи. Въ клиникѣ Листера всегда примѣняется послѣдній способъ и производится онъ такъ, какъ я описалъ выше.

Когда больной уже вполнѣ занаркотизованъ, то операторъ собственноручно обмываетъ поле операціи мыломъ и щеткой.—При операціяхъ

[1]) *House-surgeon*—званіе, соотвѣтствующее нашему младшему ординатору.
[2]) *Dresser*—званіе студента, занимающагося въ клиникѣ наложеніемъ хирургическихъ повязокъ и вообще обязанностями фельдшера.

на конечностяхъ Листеръ примѣняетъ Эсмарховскій способъ обезкровливанія слѣдующимъ образомъ: сначала, минутъ 5, онъ держитъ оперируемую конечность приподнятою въ отвѣсномъ положеніи, чтобы силою тяжести способствовать отливу крови изъ венъ, затѣмъ накладываетъ на верху конечности, выше мѣста операціи, нѣсколько оборотовъ упругаго бинта, смоченнаго въ карболовомъ растворѣ.

Положимъ, больной уже занаркотизованъ, операціонное поле вымыто и обезкровлено, тогда только пускается въ ходъ паровой распылитель и операторъ приступаетъ къ операціи, дѣйствуя въ пару карболовой кислоты.

Resectio cubiti, по Листеру.

Наблюденіе I. Resectio articulationis cubiti totalis—по Листеру (18/VI, 1885). Показаніе — старый вывихъ локтя, осложненный отрывомъ эпифиза плечевой кости у 9-лѣтняго мальчика (см. выше, стр. 45).

Техника операціи. — a) Сдѣлавъ *два боковыхъ разрѣза* вдоль мыщелковъ плеча (condyli humeri), операторъ разсѣкъ мягкія части

Рис. 1.

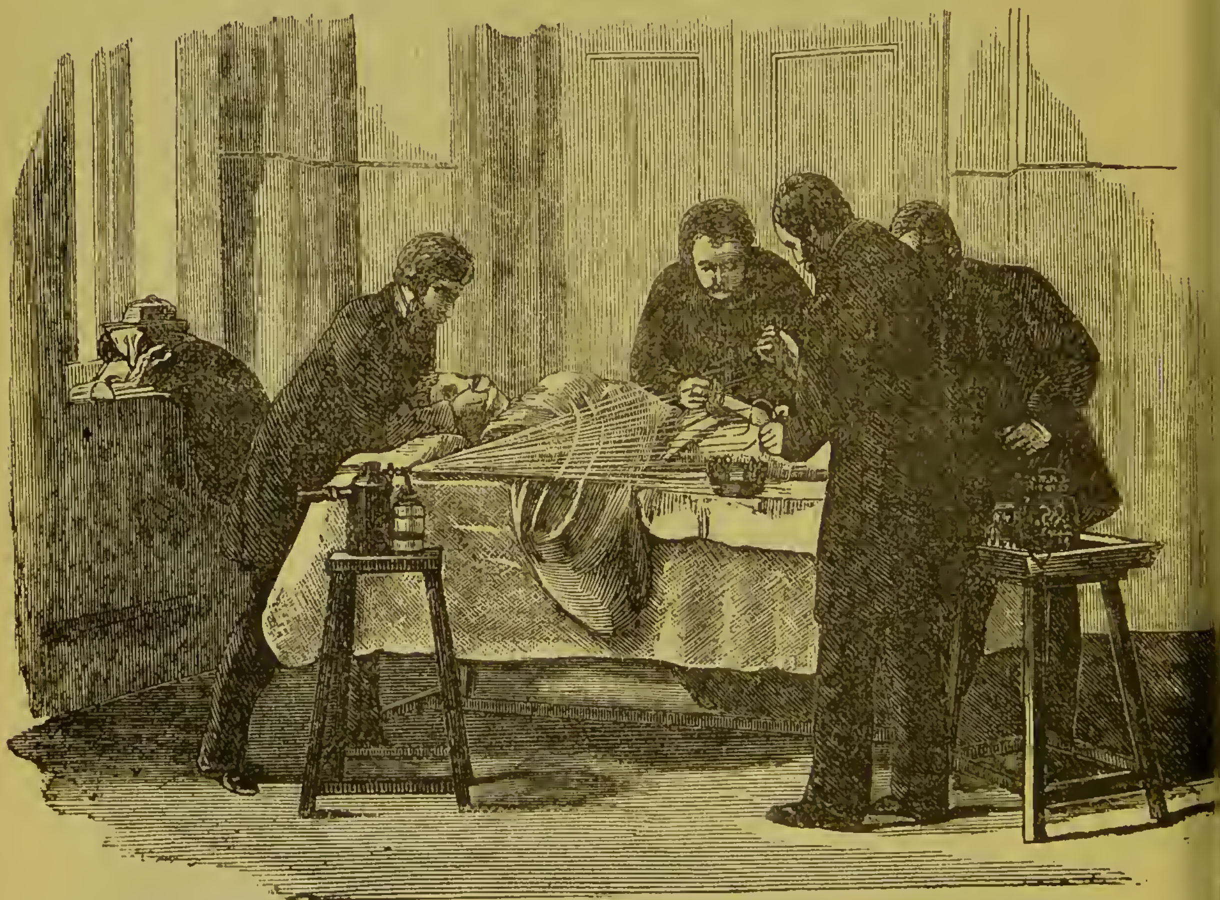


Рис. 1 показываетъ общее распредѣленіе всѣхъ лицъ, участвующихъ при операціи, произведенной Листеромъ съ соблюденіемъ всѣхъ правилъ безгнилостной хирургіи.

вплоть до кости; б) затѣмъ онъ скребцомъ *тщательно отдѣлилъ накостницу вмѣстѣ съ сочленовною сумкою* и пальцемъ старался болѣе точно опредѣлить состояніе костей сустава. Убѣдившись, что въ данномъ случаѣ оторванный эпифизъ плечевой кости сросся неправильно и препятствуетъ вправленію локтеваго отростка, в) операторъ помощью Листоновскихъ щипцевъ *отрѣзалъ часть внутренняго мыщелка плеча* (epitrochleae) и пытался смѣщенное предплечье поставить въ нормальное отношеніе къ плечу; но манипуляція эта не привела къ цѣли даже и тогда, когда были отщемлены частицы кости и отъ *наружнаго мыщелка* (epicondylus). Тогда операторъ рѣшился произвести типическую резекцію локтеваго сочлененія; г) онъ скребцомъ *отдѣлилъ сухожилье 3-главой мышцы отъ локтеваго отростка*, выпятилъ послѣдній чрезъ кожную рану наружу и, защитивъ мягкія части металическими полосами (красной, гибкой мѣди), д) *отпилилъ одновременно локтевой отростокъ вмѣстѣ съ головкою лучевой кости* (capitulum radii). Дефектъ, образовавшійся въ суставѣ вслѣдствіе выпиливанія концевъ костей, былъ длиною, по глазомѣру, не менѣе 6 сант.

Достигнувъ, такимъ образомъ, возможности сгибать и разгибать предплечье вполнѣ свободно, операторъ снялъ съ плеча упругій бинтъ и тщательно перевязывалъ струнною нитью всѣ кровоточащія мѣста въ ранѣ. Во время операціи кровь снималась губкою, лежавшей въ карболовомъ 2% растворѣ, но выжатой почти до̀-суха. Никакой ирригаціи раны, помимо распылителя, во время операціи не примѣнялось. Когда кровотеченіе совершенно унялось, операторъ вставилъ въ рану 2 толстыхъ короткихъ резиновыхъ дренажа, расположивъ ихъ по локтевой сторонѣ въ верхнемъ и нижнемъ углахъ раны и соединилъ губы ранъ узловатымъ шелковымъ швомъ. Затѣмъ наложилъ свою типическую безгнилостную повязку, а именно: на мѣстахъ разрѣзовъ — двѣ узкія полоски шелковой тафты (protective-silk); затѣмъ нѣсколько комковъ желтой карболизованной марли; послѣ того вокругъ всего сочлененія восемь слоевъ той же марли; далѣе, поверхъ марли — кусокъ резиновой матеріи краснаго цвѣта (т. назыв. *mackintosh*) и укрѣпилъ всю эту повязку бинтомъ изъ карболизованной марли. Затѣмъ на резецированную конечность Листеръ наложилъ небольшую войлочную шину, соотвѣтствующую величинѣ и формѣ даннаго сочлененія, и укрѣпилъ ее простымъ бинтомъ.

Когда операція была окончена и съ оперированнаго сняли клеенчатыя простыни, то все туловище, равно какъ нижнее бѣлье больнаго представлялись совершенно сухими и чистыми. Оперированнаго въ сонномъ состояніи отнесли въ палату.

Вся операція длилась ровно часъ; все это время съ лица оператора потъ, какъ говорится, градомъ лился; тѣмъ не менѣе, онъ не позволялъ остановить дѣйствіе распылителя, пока рана оперированнаго не была окончательно перевязана (Дальнѣйшее теченіе послѣопераціонной раны читатель найдетъ ниже).

Resectio genu, по Листеру.

Наблюденіе II. Resectio genu (9/VI, 1885). Показаніе — ankylosis articulationis et contractura cruris у молодаго человѣка 24 лѣтъ. Предварительныя приготовленія къ операціи тѣ-же, какъ въ предъидущемъ наблюденіи.

Техника операціи. Обезкровивъ голень посредствомъ упругаго бинта, наложеннаго, начиная съ пальцевъ конечности до основанія бедра, Листеръ а) *провелъ полукружный разрѣзъ* отъ одного мыщелка бедра къ другому, при этомъ разсѣкъ сухожилье extensoris cruris поперечно, ниже надколѣнника (patella); б) затѣмъ онъ *расчленилъ кости* въ суставѣ и вмѣстѣ съ кожей откинулъ вверхъ надколѣнникъ. Обнаживъ такимъ образомъ оба мыщелка бедра, в) операторъ, осторожно *отдѣлилъ накостницу*, вмѣстѣ съ сочленовною сумкою, *отъ задней поверхности эпифиза бедра и эпифиза большой берцевой кости.* г) Затѣмъ Листеръ *in situ отпилилъ суставные концы обѣихъ названныхъ костей;* въ это время одинъ изъ помощниковъ оттягивалъ взадъ мягкія части вмѣстѣ съ подколѣнною артеріею помощью металлическихъ полосокъ. Распилъ бедра прошелъ чрезъ губчатую часть эпифиза; направленіе распиловъ было слегка косвенное спереди и снизу, взадъ и вверхъ, какъ по бедру, такъ и по большой берцевой кости.

Выпиливъ такимъ образомъ весь суставъ, голень безъ всякаго насилія легко выпрямилась.

Послѣ тщательной остановки кровотеченія, въ полость раны вставлены короткіе толстые дренажи, чрезъ наружные концы которыхъ проведены шелковыя нити; вся полукружная рана покрововъ зашилась обыкновеннымъ шелковымъ швомъ. Наконецъ, послѣдній моментъ операціи — наложеніе безгнилостной повязки производилось также, какъ въ предъидущемъ случаѣ.

Конечность временно, т. е., до первой смѣны повязки, помѣщалась въ войлочной шинѣ, а затѣмъ, на другой день, на переднюю поверхность конечности наложена была толстая, изогнутая въ такую форму __|‾‾|__ желѣзная шина, нижній конецъ которой загипсовывался на голени, а верхній — на бедрѣ, такъ что вся область резецированнаго сустава оставалась вполнѣ доступной для смѣны антисептической повязки. При смѣнѣ повязки ассистентъ подносилъ обѣ ладони плашмя подъ конечность, стараясь голень и бедро равномѣрно прижимать вверхъ къ фиксированной шинѣ. Подобная шина облегчаетъ технику перевязки и способствуетъ фиксаціи резецированнныхъ концевъ, поэтому смѣна повязки не причиняетъ боли оперированному.

Послѣоперационный уходъ за резецированнымъ колѣномъ.

Наблюденіе III. **Resectio cubiti partialis съ образованіемъ искусственнаго блока**, по Листеру (26/VI, 1885). Показаніе къ операціи — отрывъ нижняго эпифиза плеча у 10-лѣтней дѣвочки; клинически этотъ случай отличается отъ предъидущаго (см. наблюденіе I) тѣмъ, что здѣсь не были смѣщены кости предплечья, поэтому движенія pronationis и supinationis производились почти нормально, но сгибаніе и разгибаніе предплечья были крайне ограничены.

Resectio cubiti съ образованіемъ искусственнаго блока, по Листеру.

Техника операціи. И въ данномъ случаѣ Листеръ провелъ а) *два боковыхъ разрѣза* вдоль мыщелковъ плеча, причемъ первымъ ударомъ ножа разсѣкъ мягкія части вплоть до кости; б) *отдѣлилъ накостницу отъ нижняго конца плечевой кости, вырѣзалъ части сумочной связки* вмѣстѣ съ боковыми связками сустава; подвелъ двѣ металлическія полоски подъ мягкія части впереди и сзади и в) помощью узкой ножевой пилы *отпилилъ нижній конецъ плеча, и вылущилъ его изъ локтеваго сочлененія.* Суставные концы локтевой и лучевой костей остались нетронутыми. г) Затѣмъ операторъ помощью долота *выдолбилъ на обѣихъ поверхностяхъ плечевой кости двѣ неглубокія впадины, образовавъ такимъ образомъ искусственный блокъ* (trochlea), вокругъ котораго могъ бы вращаться локтевой отростокъ.

По снятіи упругаго бинта, изъ раны показалось небольшое кровотеченіе, которое унялось послѣ перевязки нѣкоторыхъ мелкихъ артерій. Въ углы разрѣза по локтевой сторонѣ вставлены были два короткихъ, широкихъ дренажа и обѣ раны сшивались узловатымъ шелковымъ швомъ.

Повязка состояла изъ узкой полоски шелковой тафты, покрывавшей только наружную рану, нѣсколькихъ комковъ желтой карболизован-

ной марли, слоя краснаго мэкентоша и бумажнаго (бумазейнаго) бинта. Резецированная конечность вложена въ войлочную шину.

По окончаніи операціи, Листеръ обратился къ присутствующимъ съ объясненіемъ того мотива, который руководилъ имъ при образованіи *искусственнаго блока*. Мотивъ этотъ слѣдующій: чтобы получить полное возстановленіе функціи резецированнаго сочлененія, хирургу необходимо производить пассивныя движенія, какъ можно скорѣе послѣ операціи. «Мой антисептическій способъ леченія ранъ», говорилъ Листеръ, «даетъ мнѣ возможность начинать эти пассивныя движенія «съ 3-го дня послѣ операціи, потому что операціонная рана протекаетъ безъ всякихъ воспалительныхъ явленій и, обыкновенно, мнѣ приходилось наблюдать, что даже самые чувствительные больные, какъ, «напр., дѣти, вовсе не жалуются на боль при производствѣ этихъ пас-«сивныхъ движеній. — Въ данномъ случаѣ я полагаю, что неповрежден-«ный processus anconeus ulnae будетъ перемѣщаться болѣе правильно, «если онъ найдетъ себѣ ось вращенія вокругъ искусственнаго блока».

Мысль эта, по моему мнѣнію, оригинальна и довольно остроумна; признаться, для меня совершенно новая. Но, разсуждая теоретически, трудно допустить, чтобы плечевыя мышцы, особенно трехглавая (triceps brachii), сухожиліе которой осталось укрѣпленнымъ на локтевомъ отросткѣ, при своемъ сокращеніи не вытѣсняла бы послѣдній изъ неглубокой ложбины, искусственно произведенной въ плечевой кости.

Amputatio mammae, по Листеру.

Наблюденіе IV. Amputatio mammae (3/vii, 1885). У женщины, за сорокъ лѣтъ отъ роду, три мѣсяца тому назадъ стала развиваться опухоль на соскѣ лѣвой грудной железы. При демонстрированіи этой больной опухоль титечной железы ограничивалась областью соска; послѣдній представлялся увеличеннымъ въ объемѣ и твердымъ на ощупь. Сама железа была атрофирована и въ глубинѣ ея прощупывались небольшіе узлы. Лимфатическія железы въ лѣвой подкрыльцовой впадинѣ были также увеличены и тверды. На основаніи этихъ клиническихъ данныхъ, Листеръ опредѣлилъ — *scirrhus mammae* и приступилъ къ удаленію всей грудной желѣзы.

Техника операціи. Листеръ собственноручно вымылъ и выбрилъ лѣвую подкрыльцевую впадину. Когда больная была уже вполнѣ занаркотизована, операторъ подъ паромъ распылителя провелъ а) *два полулунныхъ разрѣза* въ поперечномъ направленіи грудной железы. Отсепарировавъ верхнюю часть большой грудной мышцы (m. pectoralis major), онъ б) *вылущилъ всю титечную железу* и удалилъ ее

вмѣстѣ съ пораженною частью кожи. По мѣрѣ разрѣзыванія артерій, Листеръ немедленно захватывалъ ихъ въ торсіонные пинцеты и набрасывалъ на нихъ струнныя лигатуры; поэтому кровотеченіе при операціи было весьма незначительно. Затѣмъ, продолживъ наружный уголъ раны вверхъ по внутренней стѣнкѣ подкрыльцевой впадины, в) онъ *обнажилъ пакетъ лимфатическихъ железъ*, который *удалилъ вмѣстѣ съ подкожной рыхлой клѣтчаткой.* При этомъ моментѣ операціи, были повреждены нѣкоторыя крупныя вѣтви (art. thoracicae longae) подкрыльцевой артеріи, которыя перевязывались струнною нитью. Но, вообще говоря, вылущеніе подкрыльцевыхъ железъ не представляло въ данномъ случаѣ никакихъ трудностей, такъ какъ оперируемая была чрезвычайно худощава и лимфатическія желѣзы не были спаяны съ венами подкрыльцовой впадины.

По удаленіи всего подозрительнаго, операторъ приступилъ къ сшиванію раны: въ данномъ случаѣ Листеръ наложилъ нѣсколько стежковъ изъ толстой серебряной проволоки — это такъ назыв. глубокій шовъ, а затѣмъ рана сшивалась частыми стежками изъ шелковой нити. Мнѣ показалось страннымъ то, что Листеръ обыкновенно при сшиваніи раны употребляетъ чрезвычайно грубыя нити или проволоки, толщиною превышающія № 4 англійскаго cat-gut.

Затѣмъ у концевъ раны вставлены два толстыхъ, широкихъ, но короткихъ дренажа. По снятіи съ туловища больной клеенчатой простыни, оперированная представлялась совершенно чистою и сухою.

Область раны покрывалась слѣдующими частями повязки: узкіе, вдоль швовъ, полоски silk, нѣсколько комковъ желтой марли, 8 правильно сложенныхъ слоевъ марли и обширный кусокъ мэкентоша. Такая повязка обхватывала почти всю грудную клѣтку и верхнюю часть лѣваго плеча; она укрѣплялась къ туловищу ходами бинта изъ карболизованной желтой марли.

Наблюденіе V. **Uranoplastica s. operatio palati fissi** (3/VII, 1885). Показаніе — прирожденное расщепленіе твердаго нёба у 10-лѣтняго мальчика. Названный дефектъ проходилъ чрезъ средину твердаго нёба, такъ что онъ ограничивался впереди межчелюстною косточкой (os intermaxillare), сзади цѣльною нёбною занавѣскою; форма расщепа представлялась овальною.

Uranoplastica, по Листеру.

Во время наркотизированія больнаго, Листеръ присѣлъ на первой скамьѣ и обратился ко мнѣ съ вопросомъ, часто-ли встрѣчается въ Россіи это врожденное уродство и какихъ результатовъ мы вообще до-

стигаемъ при операціи uranoplasticae. Во время этой бесѣды одинъ изъ присутствующихъ здѣсь молодыхъ русскихъ врачей передалъ Листеру, что недавно проф. Н. В. Склифосовскій въ Москвѣ дважды произвелъ эту операцію безъ общаго наркоза, а взамѣнъ этого онъ примѣнялъ растворъ кокаина въ видѣ смазыванія кисточкой всего твердаго нёба; при этомъ оказалось, что болеутоляющее дѣйствіе кокаина длилось около 5 минутъ, — въ теченіи этого времени Н. В. Склифосовскій успѣвалъ окровавить края дефекта и отдѣлить надкостницу отъ твердаго неба. — Фактъ этотъ до того показался новымъ и интереснымъ Листеру, что онъ всталъ и обратился къ аудиторіи съ краткою рѣчью, въ которой передалъ, что употребленіе кокаина, какъ мѣстнаго болеутоляющаго средства при данной операціи, впервые нашло себѣ примѣненіе въ рукахъ Московскаго хирурга, проф. Склифосовскаго; что нововведеніе это заслуживаетъ подражанія, такъ какъ хлороформированіе подобныхъ больныхъ во время операціи крайне затруднительно и всегда несовершенно.

Въ отвѣтъ на слова Листера аудиторія выразила свое одобреніе рукоплесканіемъ.

Да проститъ мнѣ читатель, что я прервалъ нить нашей ученой бесѣды и сообщилъ ему еще одинъ маленькій эпизодъ изъ бытовой жизни англійской аудиторіи; но думаю, что эпизодъ этотъ можетъ отчасти дополнить характеристику Листера, какъ человѣка вообще.

Рис. 2.

Расширитель рта по Уайтгеду.

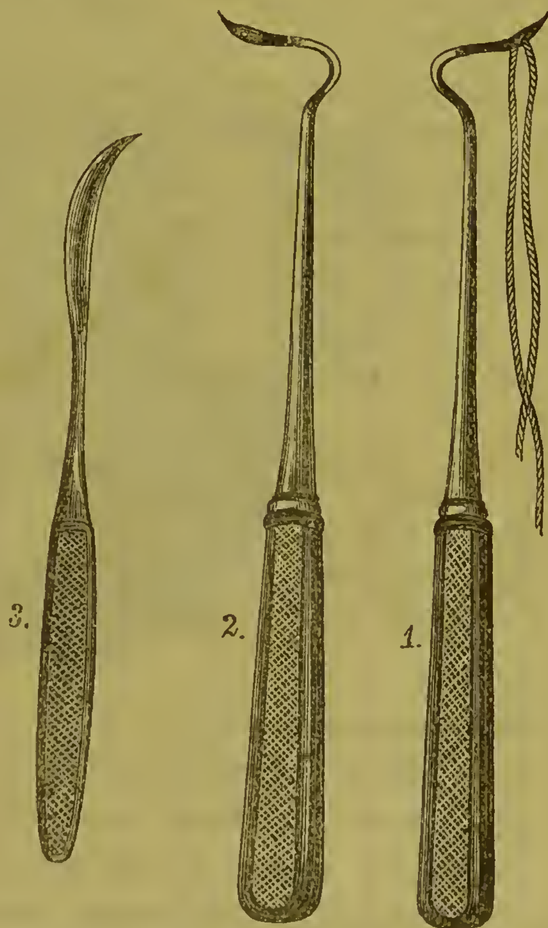
Техника операціи. Когда оперируемый былъ совершенно наркотизованъ, то операторъ ввелъ ему въ полость рта особенный снарядъ, такъ назыв. *Whitehead's mouth-gag*, представленный здѣсь на рисункѣ (рис. 2). Назначеніе этого расширителя рта двоякое: онъ препятствуетъ смыканію челюстей и въ тоже время оттисняетъ языкъ книзу, вслѣдствіе этого твердое нёбо становится вполнѣ доступнымъ манипуляціи оператора. Затѣмъ Листеръ а) *сталъ оживлять края дефекта;* но такъ какъ оперируемый лежалъ навзничь и голова его помѣщалась на подушкѣ, то разумѣется, что всякій ударъ ножа вызывалъ припадокъ удушья, ибо кровь затекала въ дыхательное горло;

необходимо было весьма быстро и ловко снимать губками кровь съ полости рта; здѣсь-то и высказалась вся неопытность молодыхъ помощниковъ проф. Листера. Вотъ почему эта кровавая операція причинила слишкомъ много хлопотъ оператору: то онъ хваталъ губки изъ рукъ своихъ помощниковъ, то самъ придавливалъ пальцами брызгающія артеріи, то приподымалъ оперируемаго, то опять брался за ножъ. Словомъ, Листеръ до того суетился и волновался, что въ теченіи какихъ нибудь десяти минутъ этой кропотливой работы, все лицо его покраснѣло и покрылось крупными каплями пота. А тутъ еще оперируемый очнулся отъ наркоза и кричалъ жалобнымъ воплемъ, что еще больше раздражало и безъ того возбужденное состояніе оператора. Наконецъ, ему удалось оживить края дефекта на столько, что онъ могъ разсчитывать на взаимное соприкосновеніе ихъ, послѣ наложенія шва.

Но для этого необходимо было еще провести б) *на нёбѣ два боковыхъ разрѣза, параллельно зубнымъ отросткамъ* (processus alveolaris) верхней челюсти, и *отдѣлить всю слизистую оболочку вмѣстѣ съ надкостницей*. И во время этого момента кровотеченіе причиняло много заботъ оператору, такъ какъ кровь заливала въ гортань и вызывала припадки удушья. Такіе мучительные для оперируемаго и весьма томительные для оператора припадки повторялись въ теченіи почти цѣлаго часа, пока не удалось совершенно унять кровотеченіе.

в) *Послѣдній моментъ операціи состоялъ въ наложеніи металлическаго шва*, что произведено было Листеромъ посредствомъ длинныхъ иглъ, изогнутыхъ подъ угломъ и искривленныхъ по плоскости (см. рис. 3).

Рис. 3.

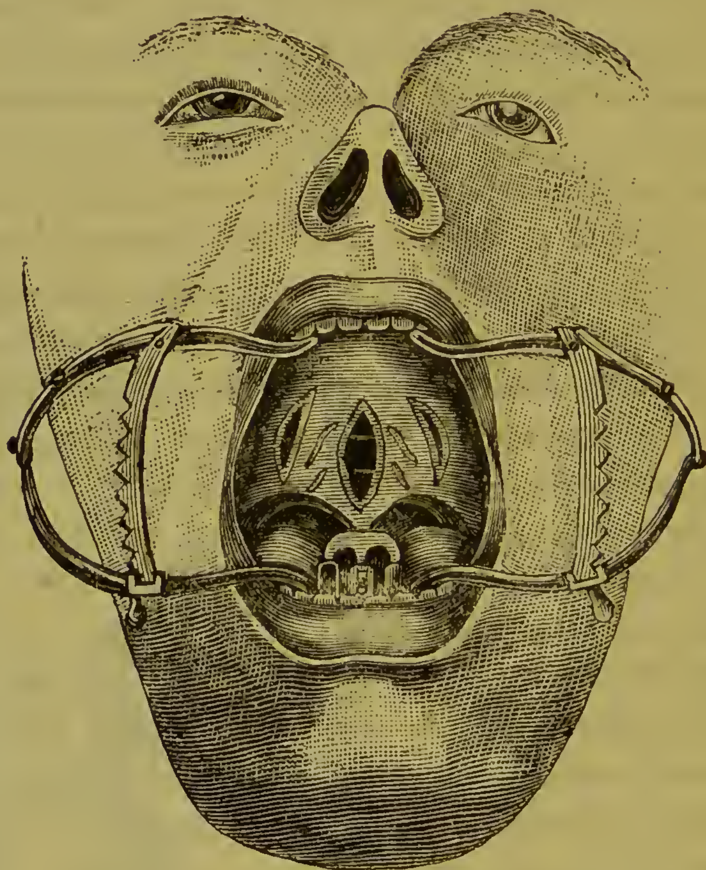


Ножъ и иглы по Уайтгеду, употребляемые Листеромъ для сшиванія твердаго нёба при *uranoplastica*.

При сшиваніи твердаго нёба помощью иглъ Уайтгеда (Whitehead), необходимо ихъ имѣть двѣ: для правой (1) и лѣвой (2) стороны раны особо.

Проколовъ слизисто-надкостничный покровъ твердаго нёба на лѣвой сторонѣ раны, операторъ вывелъ иглу обратно, а вмѣстѣ съ нею и проволоку; затѣмъ другою иглою онъ прокалывалъ правую губу раны, вдѣвъ въ нее предварительно другой конецъ проволоки, которую онъ проводитъ изъ глубины на поверхность нёба; такимъ образомъ оба конца проволоки оказываются обращенными въ полость рта, а петля — къ твердому нёбу (см. рис. 4).

Рис. 4.



Операція *uranoplastica*, по Листеру. Рисунокъ показываетъ способъ фиксированія языка при наложеніи шва на твердомъ нёбѣ.

Манипуляція эта, обыкновенно мѣшкотная, шла въ рукахъ Листера довольно гладко, но чрезвычайно продолжительно. Вся операція uranoplastica длилась добрыхъ два часа и утомила оператора, его помощниковъ, равно какъ и зрителей.

Не стану болѣе утомлять вниманіе читателя описаніемъ другихъ,

менѣе сложныхъ операцій, которыя намъ приходилось видѣть въ клиникѣ Листера, но полагаю, что и этихъ нѣсколькихъ типическихъ операцій, описанныхъ мною возможно обстоятельнѣе, достаточно для того, чтобы получить ясное представленіе о техникѣ Листера, какъ оператора.

Оцѣнка оперативной техники Листера.

Кто видѣлъ оперирующими Вернейля, Бильрота, Бергмана, Склифосовскаго и т. п. опытныхъ операторовъ, тотъ, безъ сомнѣнія, скажетъ, что оперативная техника Листера не представляетъ ничего поражающаго: руки его дѣйствуютъ слишкомъ медленно, оперативные пріемы его чрезвычайно обыкновенны, самый ходъ операціи представляется постороннему хирургу какъ-то недостаточно выработаннымъ, штатъ его помощниковъ — недостаточно дисциплинированнымъ. Но, съ другой стороны, нетрудно замѣтить, что въ рукахъ Листера всякое движеніе ножа или другаго инструмента происходитъ чрезвычайно обдуманно, цѣлесообразно и безопасно для оперируемаго.

Я неоднократно наблюдалъ — пока состояніе больнаго во время операціи не представляло никакой опасности, до тѣхъ поръ Листеръ оперировалъ спокойно и хладнокровно; но чуть только стала угрожать опасность больному, какъ хладнокровіе его замѣняется суетливостью, прежнія покойныя движенія его рукъ становятся торопливыми. Этотъ недостатокъ оперативной техники, если можно только назвать это недостаткомъ, объясняется темпераментомъ Листера, какъ человѣка вообще. Онъ слишкомъ близко принимаетъ къ сердцу интересы своего больнаго и слишкомъ высоко ставитъ свою нравственную отвѣтственность предъ каждымъ оперируемымъ. Вотъ почему Листеръ не допускаетъ въ своей клиникѣ другаго способа наркотизаціи, какъ только постепенное, осторожное хлороформированіе, тогда какъ въ другихъ клиникахъ и больницахъ Лондона, операторы употребляютъ закись азота, эфиръ, двухлористый мэтилъ и, наконецъ, хлороформъ въ формѣ *удушающей* наркотизаціи. Вслѣдствіе той же причины онъ рѣдко довѣряетъ своимъ ассистентамъ перевязки артерій и вообще всѣ манипуляціи, касающіяся непосредственно оперируемаго, онъ выполняетъ собственноручно. — Поэтому его молодые ассистенты не обладаютъ достаточною оперативною ловкостью.

Выше я уже сказалъ, что Листера нельзя причислить къ сонму новаторовъ въ хирургіи; быть можетъ, этимъ должно себѣ объяснить малолюдность его аудиторіи. Кому изъ насъ хирурговъ незнакомо то по-

ражающее впечатлѣніе, которое производитъ на своихъ слушателей или, точнѣе, зрителей всякій операторъ, дѣйствующій ножемъ быстро, хладнокровно и безстрашно, оперируя даже въ такой опасной области, какъ шея,—при вылущеніи глубокихъ железъ, или въ брюшной области—при вылущеніи селезенки, почки и т. д. Такого магическаго или поражающаго впечатлѣнія, повторяю, техника Листера не производитъ на посторонняго зрителя вообще, а на англійскую учащуюся молодежь—въ частности.

Итакъ, если профессора Листера нельзя назвать ловкимъ операторомъ, то, всетаки, всякій безпристрастный врачъ оставитъ за нимъ высокое званіе хирурга-мыслителя; въ этомъ, я надѣюсь, убѣдится читатель, по ознакомленіи его съ клиническою и ученою дѣятельностью Листера.

Внутренняя обстановка клиники Листера.

Клиника проф. Листера занимаетъ весьма скромное мѣсто въ King's College hospital; она состоитъ всего изъ двухъ палатъ, т. называемыхъ. «Fergusson Ward» и «Victoria Ward»; въ первой женской палатѣ помѣщается 12 коекъ, во второй—мужской—16 коекъ; онѣ отдѣлены другъ отъ друга небольшой прихожей и чайной комнатами. Вся обстановка палатъ крайне проста, скажу даже, бѣдна, сравнительно съ другими больницами Лондона: такъ, напр., больничныя койки не имѣютъ ни подножекъ, ни спинокъ у изголовья; постельное бѣлье—изъ бумажной ткани; одѣяла цвѣтныя, байковыя и небезукоризненныя. Женская палата тѣсна, низка; въ ней койки разставлены не только у стѣнъ, но и въ срединѣ комнаты. Единственная роскошь, которая, впрочемъ, въ Англіи считается скорѣй обыденною вещью, нежели роскошью,—это букеты живыхъ цвѣтовъ, разставленные на каминахъ и столахъ.—Впрочемъ, чистота, опрятность и нѣкоторыя принадлежности спальной комнаты, какъ умывальники, ширмы у кроватей, туалеты, картины и гравюры на стѣнахъ и т. п. придаютъ и этимъ больничнымъ палатамъ видъ скромнаго семейнаго пріюта. Больничная прислуга—исключительно женская—весьма опытна и заботлива. Замѣчу тутъ-же, что, не смотря на опытность и крайнюю выдержку англійскихъ сестеръ милосердія (head-nurses), проф. Листеръ никогда не дозволяетъ имъ перевязывать оперированныхъ больныхъ; эту обязанность исполняютъ *dressers*, избранные изъ числа лучшихъ студентовъ высшихъ курсовъ колледжа; они производятъ перевязки подъ наблюденіемъ младшаго ординатора клиники (*house-surgeon*).

Обыкновенно Листеръ дѣлаетъ обходъ больныхъ два раза въ не-

дѣлю, по понедѣльникамъ и пятницамъ, послѣ 2-хъ часовъ пополудни; въ исключительныхъ случаяхъ онъ иногда посѣщаетъ своихъ оперированныхъ и вечеромъ.

Насколько его аудиторія, какъ мы выше видѣли, немноголюдна, на столько Листеровская клиника, во время визитаціи больныхъ, напротивъ того, переполнена массою студентовъ и молодыхъ врачей. Здѣсь, въ палатахъ, Листеръ, не въ примѣръ другимъ хирургамъ, лучшій руководитель и учитель молодыхъ врачей и учащихся: онъ ничего не предпринимаетъ у кровати больныхъ безъ того, чтобы не объяснить присутствующимъ основанія и цѣли своихъ дѣйствій. Имѣя среди своихъ слушателей много иностранныхъ врачей, онъ нерѣдко вступаетъ съ ними въ разсужденія на французскомъ или нѣмецкомъ языкахъ, стараясь узнать, понятны-ли были для нихъ его указанія.—Короче, больничная визитація Листера есть клиническая бесѣда о хирургическихъ больныхъ.—Обыкновенно, при обходѣ, онъ собственноручно перевязываетъ тѣхъ больныхъ, которые были недавно оперированы. Никакая смѣна перевязки не начинается прежде, чѣмъ карболовый распылитель не пущенъ въ ходъ; въ каждой палатѣ имѣются по два переносныхъ spray. Перевязочный матеріалъ хранится въ операціонной залѣ и приносится сестрой въ больничную палату непосредственно до смѣны повязки у больнаго.

Восемь клиническихъ случаевъ изъ практики Листера.

Въ женскомъ отдѣленіи Листеръ демонстрировалъ намъ слѣдующіе случаи:

1) *Synovitis chronica genu;* у дѣвушки 20-ти лѣтъ отъ роду, страдавшей хроническимъ воспаленіемъ колѣна, Листеръ нѣсколько дней тому назадъ вскрылъ колѣнный суставъ подковообразнымъ разрѣзомъ, вырѣзалъ перерожденныя части синовіальной сумки сочлененія, дренажировалъ весь суставъ и наложилъ свою типическую антисептическую повязку. На 9-й день послѣ операціи рана представилась почти зажившею per primam, нѣкоторые дренажи уже были удалены. Самочувствіе больной было вполнѣ удовлетворительно; t° ни разу не превышала 38° (Ц.).

2) *Amputatio femoris;* у 10-лѣтней дѣвочки была сдѣлана ампутація въ нижней 1/3 бедра съ переднимъ лоскутомъ; рана представлялась почти зажившею, исключая угловъ, гдѣ проходили дренажныя трубки.

3) *Arthrotomia genu;* у женщины среднихъ лѣтъ, страдавшей туберкулезнымъ воспаленіемъ колѣннаго сустава, послѣдній былъ вскрытъ полулуннымъ разрѣзомъ покрововъ и вся сочленовная сумка была уда-

лена. Когда я видѣлъ больную (18/VI, 1885), рана представлялась вполнѣ зажившею, сочлененіе анкилозировано.

4) *Вскрытіе холоднаго затечнаго гнойника* въ области правой подвздошной впадины. У 24-лѣтней дѣвицы три дня тому назадъ былъ вскрытъ холодный громадный гнойникъ въ правомъ паховомъ сгибѣ; книзу гнойникъ этотъ ограничивался processus falciformis fasciae latae, а вверху онъ рѣзко выступалъ надъ Пупартовой связкой. Листеръ сдѣлалъ подъ паромъ карболоваго распылителя два небольшихъ разрѣза—выше и ниже бедренной дуги, причемъ изъ гнойника выдѣлилась масса ихорознаго гноя, съ примѣсью мелкихъ косточекъ,—явленіе, указывающее на страданіе костей и, вѣроятно, позвонковъ. По опорожненіи полости гнойника, введенный зондъ подымался вверхъ по musculo ileo-psoas на протяженіи 12 сантиметровъ. Замѣтимъ, что Листеръ не прополаскивалъ полость гнойника, а только вставилъ два толстыхъ, короткихъ дренажа въ сдѣланныя отверстія и поверхъ ихъ наложилъ свою типическую повязку. Въ подобной области, какъ пахъ, или вообще вблизи половыхъ органовъ и задняго прохода, Листеръ укрѣпляетъ поверхностные слои повязки эластическимъ бинтомъ, ходы котораго прижимаютъ окраины повязки, какъ это представлено здѣсь на рис. 5, чтобы сдѣлать рану болѣе герметическою. При осмотрѣ этой

Рис. 5.

Герметическая повязка Листера послѣ вскрытія холоднаго нарыва въ правой паховой области. Рисунокъ показываетъ способъ укрѣпленія окраинъ повязки ходами упругаго бинта.

больной во время визитаціи самочувствіе ея было вполнѣ удовлетворительно; t° была нормальна; отдѣленіе сукровицы съ примѣсью гноя появлялось только при нажиманіи живота.

5) *Resectio articulationis cubiti*—у мальчика, оперированнаго съ

недѣлю тому назадъ (см. выше наблюденіе I, стр. 50). Этотъ больной держалъ свою правую ручку на подушкѣ, безъ всякой шины. Листеръ ухватилъ одной рукой плечо, а другой сталъ сгибать и разгибать предплечье оперированнаго; затѣмъ, онъ производилъ движенія pronationis и supinationis; всѣ эти манипуляціи не вызывали никакой боли, какъ это легко было судить по лицу мальчика. Во весь послѣоперационный періодъ болѣзни t° этого больнаго ни разу не поднималась выше 37,5° (Ц.).

6) *Resectio genu.* Листеръ демонстрировалъ намъ одного мужчину, оперированнаго три недѣли назадъ; рана представлялась вполнѣ зажившею. Нечего, я думаю, говорить, что у даннаго резецированнаго пассивныхъ движеній не дѣлается, а, напротивъ того, вся нижняя конечность покоится въ неподвижной гипсовой повязкѣ; ибо въ данномъ случаѣ желательно было получить анкилозъ.

7) *Osteotomia genu duplex,* сдѣланная у 14-лѣтняго юноши вслѣдствіе genu valgum; при этомъ больномъ Листеръ обратилъ наше вниманіе, что въ подобныхъ случаяхъ искривленія конечностей онъ предпочитаетъ отдѣлить эпифизы бедра у *наружныхъ* мыщелковъ, такъ какъ при такомъ способѣ легче удается произвести требуемый переломъ. Оперированный лежитъ въ гипсовой повязкѣ на обѣихъ конечностяхъ, которыя представляются теперь совершенно выпрямленными.

8) *Rescetio genu totalis* у молодаго человѣка; операція была предпринята вслѣдствіе анкилоза колѣннаго сочлененія (технику операціи см. выше. Наблюденіе II). Теперь рана протекаетъ безгнилостно: снятая при мнѣ повязка (вторая послѣ операціи) была едва окрашена кровью; Листеръ удалилъ всѣ швы и нѣкоторые дренажи на 9-й день послѣ операціи. Оперированная конечность отчасти загипсована, съ цѣлью фиксировать желѣзную шину, проходящую надъ выпиленнымъ суставомъ въ формѣ приподнятаго моста.

Повторяю, что при смѣнѣ повязокъ у упомянутыхъ больныхъ пускался въ ходъ паровой распылитель, а въ составъ повязки входили всѣ перечисленные мною выше слои типической антисептической повязки.

При обходѣ палатъ Листеръ обратилъ вниманіе присутствующихъ врачей на удобство створчатыхъ шинъ, употребляемыхъ имъ для фиксированія конечностей; подобная шина состоитъ изъ узкихъ деревянныхъ полосокъ, наклеенныхъ на непромокаемомъ полотнѣ, и очень плотно облегаетъ вокругъ периферіи конечности. Далѣе, Листеръ не

разъ повторялъ, что рану не слѣдуетъ слишкомъ обильно орошать растворомъ карболовой кислоты; *излишекъ влажности*, по мнѣнію Листера, *вредитъ антисептикѣ*, и потому онъ только вытираетъ рану влажной губкой. Карболизованную повязку, вслѣдствіе летучести обеззараживающаго вещества, не слѣдуетъ оставлять долѣе 8—9 дней; сулемовую, напротивъ, можно продержать вблизи раны много дольше. Поэтому большія поверхности раны, какъ, напр., послѣ ампутаціи грудной железы, Листеръ покрываетъ весьма сложной и обширной повязкой, именно: непосредственно на рану онъ накладываетъ узкія полоски protective-silk, нѣсколько комковъ карболовой марли, поверхъ ихъ 7 слоевъ ровной марли и затѣмъ широкій покровъ изъ мэкинтоша и одного слоя марли. Этотъ покровъ, называемый нѣмцами Mantel (плащъ), обхватываетъ всю переднюю и боковыя поверхности грудной

Рис. 6.

Первые слои Листеровской повязки послѣ ампутаціи титечной железы.

Рис. 7.

Наружный видъ повязки послѣ ампутаціи титечной железы. Числа указываютъ порядокъ ходовъ упругаго бинта.

клѣтки и части живота; всю повязку Листеръ укрѣпляетъ сначала бумазейными бинтами, а затѣмъ по окраинамъ повязки накладываетъ нѣсколько оборотовъ эластическаго бинта и ходы послѣдняго пристегиваетъ американскими булавками (см. рис. 6 и 7); этими приспособленіями Листеръ стремится обезпечить герметизмъ повязки.

Не стану утомлять читателя описаніями другихъ случаевъ, видѣнныхъ мною въ клиникѣ Листера. И числа приведенныхъ случаевъ, я думаю, вполнѣ достаточно, чтобы убѣдить читателя въ томъ, что весьма серьезныя поврежденія, какъ резекціи большихъ суставовъ, вскрытіе брюшной полости и т. п., протекаютъ въ клиникѣ Листера безгнилостно. Правда, въ рукахъ у Листера нѣтъ такого обильнаго оперативнаго матеріала, какъ у германскихъ клиницистовъ, но къ школѣ Листера вполнѣ примѣнима поговорка «non multum sed multa»; я хочу этимъ сказать, что въ этой маленькой клиникѣ можно многому научиться, тѣмъ болѣе, что при визитаціи больныхъ Листеръ чрезвычайно внимателенъ и любезенъ къ окружающимъ его слушателямъ; онъ старается все показать, что находится въ его клиникѣ, и всегда онъ готовъ объяснить raison d'être своихъ дѣйствій. Въ германскихъ клиникахъ, какъ читатель увидитъ ниже, не всякій посѣтитель имѣетъ свободный доступъ къ больничнымъ палатамъ.

Нѣкоторыя замѣчанія относительно практическаго примѣненія антисептическихъ мѣръ Листеромъ. Научнымъ основамъ ученія Листера я намѣренъ посвятить отдѣльную главу и, прежде, чѣмъ перейду къ описанію дѣятельности другихъ хирурговъ той же медицинской школы, я считаю нужнымъ высказать нѣкоторыя общія замѣчанія относительно практическаго примѣненія Листеромъ строгихъ мѣръ антисептики.

Внимательно слѣдя за всѣми манипуляціями Листера, какъ при операціяхъ, такъ и при визитаціи больныхъ въ клиникѣ, не трудно замѣтить, что всѣ его старанія направлены къ тому, чтобы обеззараживать рану или поле операціи самымъ тщательнымъ образомъ. Листеръ такъ твердо убѣжденъ въ томъ, что отъ строгой дезинфекціи зависитъ весь успѣхъ леченія, что онъ не допускаетъ никого изъ своихъ помощниковъ дотрогиваться къ свѣжей ранѣ; поэтому онъ почти все самъ дѣлаетъ: снимаетъ повязку, вымываетъ поле операціи и собственноручно перевязываетъ больныхъ, пока рана не представится безопасною къ зараженію. Кромѣ того, онъ избѣгаетъ по возможности продолжительнаго соприкосновенія раны съ окружающей атмосферой; наконецъ,

Листеръ, какъ я уже сказалъ, не прополаскиваетъ полости ранъ, а только выжимаетъ содержимое помощью губки и т. п. Рядомъ съ этими педантическими мѣрами, безпристрастному глазу зрителя не трудно подмѣтить такіе пріемы, которые идутъ въ разрѣзъ со строгими правилами антисептическаго ученія. Такъ, напр., въ палатахъ нерѣдко можно видѣть на постельномъ бѣльѣ оперированныхъ гнойныя и кровяныя пятна; больныхъ приносятъ изъ палатъ и кладутъ на операціонный столъ въ ихъ носильномъ бѣльѣ, укрытыми ярко красными войлочными одѣялами, которыя рѣдко моются и еще труднѣе дезинфицируются. Самъ Листеръ, во время операціи не снимаетъ своего сюртука и не засучиваетъ рукавовъ рубахи, вслѣдствіе этого у него на бѣльѣ остаются кровяныя и гнойныя пятна и, тѣмъ не менѣе, Листеръ въ такой, далеко небезупречной одеждѣ отправляется послѣ операціи въ палаты клиники, гдѣ изслѣдуетъ вновь прибывшихъ больныхъ. Кромѣ того, какъ часто я и многіе другіе иностранные врачи замѣчали, что во время операцій, произведенныхъ подъ паромъ карболоваго распылителя (spray) съ лица оператора потъ градомъ лился и нерѣдко крупныя капли пота попадали въ рану оперируемаго. Наконецъ, неумѣлое обращеніе малоопытныхъ помощниковъ (dressers), рѣдко моющихъ свои руки и неснимающихъ своего верхняго платья—развѣ не можетъ способствовать внесенію септическихъ агентовъ?—Правда, я лично не видалъ въ клиникѣ Листера ни случаевъ рожи, ни гнойныхъ затековъ или другихъ подобныхъ осложненій оперативныхъ ранъ. Но, во-первыхъ, эти явленія стали въ послѣднее десятилѣтіе исключительными, не только въ такихъ небольшихъ больницахъ, какъ King's College hospital, но даже въ нашихъ многолюдныхъ больницахъ, какъ въ Варшавскомъ Уяздовскомъ военномъ госпиталѣ, имѣющемъ отъ 1200—2000 коечныхъ больныхъ, эти осложненія хирургическихъ болѣзней встрѣчаются теперь очень рѣдко. Во-вторыхъ, я думаю, что если прослѣдить за составомъ хирургическихъ больныхъ въ Листеровской клиникѣ въ теченіи цѣлаго года то, по всей вѣроятности, и здѣсь нашелся-бы одинъ, другой случай съ септическимъ процессомъ.

Выше я уже говорилъ, что въ томъ же King's College hospital функціонируютъ еще два другихъ клинициста-хирурга — Генри Смитсъ и Джонъ Вуудъ (Henry Smith и John Wood). Я полагаю, что читателю небезинтересно будетъ познакомиться хотя бы бъ об-

щихъ чертахъ, съ дѣятельностью каждаго изъ двухъ названныхъ представителей той же школы.

Генри Смитсъ[1]) F. R. C. S. состоитъ хирургомъ въ King's College hospital съ 1846 г., стало быть, онъ далеко перешагнулъ тотъ предѣльный возрастъ, который принятъ у насъ крайнимъ срокомъ для профессорской дѣятельности; тѣмъ не менѣе, онъ въ Лондонѣ работаетъ еще весьма бодро: то въ роли консультанта по хирургіи (въ Westminster Dispensary), то въ роли клинициста въ King's College hospital. Еще въ 1848 г. Генри Смитсъ обнародовалъ свои наблюденія относительно резекціи головки бедра[2]); позднѣе онъ писалъ о резекціи колѣннаго сочлененія[3]) и о перевязкѣ наружной подвздошной артеріи, одновременно съ поверхностной бедренной артеріею[4]). Слѣдовательно, въ свое время, онъ слѣдилъ за развитіемъ хирургіи и принималъ активное участіе въ современныхъ вопросахъ того времени. Посмотримъ, какъ онъ ведетъ свое дѣло въ настоящее время. Для этого, я полагаю, лучше всего его видѣть у операціоннаго стола.

Генри Смитсъ, какъ операторъ.

Проф. Генри Смитсъ оперируетъ обыкновенно по субботамъ, отъ 1—2 пополудня, въ той жд аудиторіи, гдѣ читаетъ свои лекціи и проф. Листеръ.—Когда я присутствовалъ при его клинической лекціи, аудиторія была многолюднѣе, чѣмъ при лекціяхъ Листера; контингентъ слушателей составляетъ нѣсколько мѣстныхъ врачей-хирурговъ King's College hospital и множество студентовъ.

Наблюденіе VI. Amputatio mammae—(11/VII 1885) у 60-лѣтней старухи, страдавшей ракомъ титечной желѣзы, съ перерожденіемъ подкрыльцевыхъ лимфатическихъ желѣзъ.—Генри Смитсъ не употребляетъ распылителя (spray), но въ окружности операціоннаго поля онъ покрываетъ тѣло полотенцами, смоченными въ растворѣ карболо-

Amputatio mammae, по Г. Смитсу.

---

[1]) Фамилія *Smith* во врачебномъ сословіи одна изъ болѣе распространенныхъ: въ одномъ Лондонѣ практикуютъ 55 врачей - Smith и между ними много хирурговъ. При моихъ экскурсіяхъ по Лондонскимъ больницамъ я познакомился съ двумя болѣе выдающимися врачами—Smith: одинъ—Henry Smith - профессоръ въ King's College, а другой Thomas Smith—хирургъ въ St. Bartholomew's hospital.—Необходимо ихъ различать по имени, такъ какъ эти два хирурга, по моему мнѣнію, рѣзко отличаются другъ отъ друга по своимъ взглядамъ на современное состояніе хирургіи.

[2]) *Essay on Excision of the Head of the Femur* (см. «Lancet» 1848).

[3]) *On Excision of the Knee-joint* (см. «Medical Times» 1855).

[4]) *Successful Case of Ligature of External Iliac and Superficial Femoral Arteries in the same subject* («Medic. Times» 1852).

вой кислоты.—Данный случай не представляетъ ничего особеннаго, поэтому я не стану останавливаться на каждомъ моментѣ операціи. Замѣчу только, что Генри Смитсъ оперируетъ весьма быстро, кровоточащіе сосуды онъ захватываетъ анатомическимъ пинцетомъ, а лигатуры изъ струнной нити накладываетъ его помощникъ-ассистентъ по хирургіи (assistant-surgeon). Во время операціи операторъ постоянно останавливалъ вниманіе слушателей на анатомическихъ отношеніяхъ органовъ къ новообразованію и объяснялъ свои дѣйствія.—Когда вся титечная железа была удалена и кровотеченіе остановлено, то операторъ смазалъ всю поверхность раны крѣпкимъ растворомъ хлористаго цинка, вставилъ подъ оставшійся лоскутъ кожи длинный толстый дренажъ, одинъ конецъ котораго вывелъ чрезъ верхній уголъ раны и наложилъ повязку, не сшивая краевъ раны. Повязка состояла изъ толстаго слоя салициловой ваты, затѣмъ изъ подушки красноватой бумазеи и поверхъ этого косынки, застегнутой въ углахъ булавками.

Exstirpatio tumoris capitis, по Г. Смитсу.

Наблюденіе VII. Exstirpatio tumoris capitis (11/VII 1885). Показаніе:—у молодаго человѣка 30-ти лѣтъ отъ роду, развилась опухоль на покровахъ черепа, которая въ видѣ шапки занимала собою всю лѣвую половину темени. Поверхность этого новообразованія представлялась изъязвленною, бугристою, въ видѣ грибовиднаго нароста; края выворочены и весьма плотны; вся опухоль величиною въ чайное блюдце, легко смѣщалась вмѣстѣ съ покровами черепа.

Діагнозъ—*epithelioma cutis.*

Техника операціи: Занаркотизировавъ больнаго «насильственнымъ» способомъ, операторъ смѣлымъ круговымъ сѣченіемъ удалилъ въ одну минуту всю опухоль, причемъ обильное кровотеченіе временно унималось прижатіемъ губкой, произведеннымъ руками ассистента. По удаленіи нароста, galea aponeurotica представилась обнаженною на протяженіе ладони; кровоточащіе сосуды операторъ захватывалъ въ *анатомическій* пинцетъ, что ему не всегда удавалось; тѣмъ не менѣе, Генри Смитсъ отказывался употреблять торсіонные пинцеты. Еще кровотеченіе не вполнѣ унялось, когда операторъ смазалъ поверхность раны крѣпкимъ растворомъ хлористаго цинка, наложилъ слой салициловой ваты, поверхъ ея бумазейный компрессъ и предоставилъ студенту наложить Гиппократовскую шапку (mitram Hippocratis), что было имъ выполнено артистически.

Больнаго, однакоже, вынесли въ палату съ совершенно пропитанною кровью повязкой.

И эти два примѣра, я думаю, достаточны для того, чтобы показать читателю, на сколько Генри Смитсъ — хирургъ старой школы, не признающій не только никакой надобности въ обеззараживаніи ранъ, но и отвергающій удобства торсіонныхъ пинцетовъ.

Джонъ Вуудъ, какъ Листеріянецъ и операторъ.

Джонъ Вуудъ получилъ званіе врача въ 1849, а членомъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» состоитъ съ 1854 г. Этотъ почтенный старецъ понынѣ занимаетъ кафедру клинической хирургіи и его аудиторія посѣщается слушателями King's College весьма усердно.—Кромѣ многихъ трудовъ по хирургической патологіи и каменной болѣзни, Д. Вуудъ извѣстенъ въ англійской хирургической литературѣ своими изслѣдованіями о грыжахъ [1]). Онъ по сію пору состоитъ членомъ экзаменаціонной коммиссіи въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» въ Лондонѣ.—Съ его дѣятельностью я познакомился также у операціоннаго стола. Обыкновенно Д. Вуудъ оперируетъ по субботамъ, отъ 2—3 пополудни, въ томъ-же операціонномъ залѣ, гдѣ оперировалъ и Генри Смитсъ. Какъ только Д. Вуудъ вошелъ въ аудиторію, то вслѣдъ за нимъ внесли два паровыхъ распылителя. Слѣдя за уборкой операціоннаго стола послѣ операціи, произведенной проф. Смитсомъ, Вуудъ съ улыбкою, нелишенною нѣкотораго сарказма, обратился къ сестрѣ милосердія съ просьбою—смѣнить окровавленную клеенку другою, болѣе чистою. Приготовляясь къ операціи, онъ надѣлъ на себя бѣлый чистый передникъ и нарукавники, тщательно вымылъ руки въ карболовой кислотѣ и вообще принималъ всѣ антисептическія мѣры уже болѣе строго, чѣмъ это дѣлаетъ Листеръ.

Exstirpatio lymphosarcomat. colli, по Вууду.

Наблюденіе VIII. Exstirpatio lymphosarcomatis colli (11/VII 1885). Показаніе: у молодаго человѣка среднихъ лѣтъ, весьма истощеннаго, развилась опухоль на правой боковой части шеи, начиная отъ околоушной желѣзы, и опускалась внизъ до надключичной впадины. Наростъ этотъ, величиною въ кулакъ взрослаго человѣка, представлялся твердымъ, неподвижнымъ и спаяннымъ съ подлежащими тканями шеи въ области сонныхъ артерій. Діагнозъ—*lymphosarcoma colli*. Съ перваго взгляда опытный хирургъ призналъ бы этотъ случай за casus inoperabilis. Съ этими словами и началъ свою лекцію проф. Вуудъ, но, тѣмъ не менѣе, онъ смѣло приступилъ къ операціи, чѣмъ и вызвалъ удивленіе со стороны многихъ присутствующихъ здѣсь врачей.

---

[1]) *New Method of Operating for radical cure of Hernia* (Trans. Med. Chir. Soc. т. XIV) и *Hernia and its radical cure* (Hunt. Lects. 1885).

Техника операціи: Запаркотизировавъ больнаго «насильственнымъ» способомъ, операторъ а) провелъ *разрѣзъ вдоль наружнаго края грудино-сосцевидной мышцы* отъ уха внизъ почти до грудино-ключичнаго сочлененія, отсепаровалъ кожу въ формѣ двухъ лоскутовъ—передняго и задняго и, такимъ образомъ, обнажилъ всю переднюю поверхность нароста; б) затѣмъ Вуудъ *сталъ кусками вырѣзывать новообразованіе,* которое сильно кровоточило; разсѣченные сосуды онъ захватывалъ въ анатомическій пинцетъ и предоставилъ ассистенту набрасывать лигатурныя нити; въ тѣхъ мѣстахъ опухоли, гдѣ кровотеченіе не унималось, операторъ прижигалъ каленымъ желѣзомъ. Поработавши такимъ манеромъ съ полчаса времени, Вуудъ замѣнилъ ножъ острой ложечкой, посредствомъ которой онъ в) *выскребывалъ частицы нароста.* Всѣ эти манипуляціи, крайне неизящныя и далеко небезопасныя, привели оператора лишь къ убѣжденію, что почти вся начальственная сонная артерія съ ея главными вѣтвями совершенно недоступны, вслѣдствіе глубокаго разростанія злокачественной опухоли. Вдругъ у оперированнаго обнаруживается сильнѣйшій припадокъ удушья, потребовавшій вниманія и помощи оператора. Только теперь, когда больнаго съ большимъ трудомъ привели въ себя, операторъ рѣшилъ прекратить операцію, оставивъ значительную часть новообразованія неудаленною. Наконецъ, г) *онъ смазалъ поверхность раны крѣпкимъ растворомъ хлористаго цинка,* вставилъ дренажи въ синуозныя пазухи раны, кое-какъ сшилъ губы раны и наложилъ типическую повязку Листера.

Когда оперированнаго вынесли изъ аудиторіи, проф. Вуудъ обладалъ еще настолько спокойствіемъ духа, что предъ многочисленною аудиторіею сталъ приводить шаткія основанія, по моему мнѣнію, ничѣмъ неоправдываемыхъ смѣлыхъ попытокъ. Выскребывать злокачественную опухоль на шеѣ, вблизи крупныхъ нервовъ и сосудовъ,—пріемы нигдѣ непрактикуемые на континентѣ Европы; а оставлять значительныя части новообразованія послѣ такой травмы—значитъ дать импульсъ къ скорѣйшему росту. Короче, операторъ своими манипуляціями не только не облегчилъ больному его страданія, а, напротивъ, увеличилъ ихъ и тѣмъ ускорилъ только летальный исходъ. Повторяю, что данный случай былъ до того безсомнѣненъ въ неуспѣхѣ операціи, что трудно найти какой ни на есть благовидный поводъ, заставившій проф. Вууда, стараго, опытнаго практика, взяться за ножъ.

Передавая этотъ случай своимъ читателямъ, я не могу не вспомнить

своего высокочтимаго учителя, проф. Е. И. Богдановскаго, который, присутствуя разъ на экзаменѣ одного доцента по хирургіи, представилъ молодому оператору подобнаго же больнаго съ лимфосаркомой па шеѣ и обратился къ нему съ вопросомъ—оперируемъ-ли данный случай? Когда экзаменующійся хирургъ выразилъ свою готовность приступить къ вылущенію новообразованія, горячій темпераментъ Е. И. Богдановскаго не выдержалъ: онъ ушелъ изъ операціоннаго зала. А смѣлый хирургъ приступилъ къ вылущенію новообразованія, но.... не кончилъ операціи и не получилъ званія доцента.

Стало быть, тѣ нравы, которые были нетерпимы у насъ уже двадцать лѣтъ тому назадъ, допускаются, par exception, еще и понынѣ въ одной изъ лучшихъ клиникъ Лондона.

Вторую операцію, которую я видѣлъ у Вуудa, была ампутація предплечья.

Наблюденіе IX. **Amputatio antibrachii** (11/vii, 1885). Показаніе: молодой человѣкъ, 26 лѣтъ отъ роду, страдалъ туберкулезнымъ воспаленіемъ лучезапястнаго сочлененія. Представивъ краткій очеркъ клинической картины даннаго случая, проф. Вуудъ передалъ, между прочимъ, что проф. внутренней клиники д-ръ Джонсонъ опредѣлилъ у этого больнаго туберкулезъ легкихъ; тѣмъ не менѣе, онъ считаетъ нужнымъ не отказать больному въ хирургической помощи, такъ какъ удаленіе туберкулезнаго фокуса (въ данномъ случаѣ страданіе сустава) нерѣдко останавливаетъ дальнѣйшее развитіе бугорчатки въ легкихъ.

Amputatio antibrachii, по Вуудy.

Захлороформировавъ больнаго и пустивъ въ ходъ паровой распылитель, операторъ сначала провелъ разрѣзъ вдоль лучеваго края запястья, ввелъ указательный палецъ въ разрушенный суставъ, чтобы точнѣе опредѣлить состояніе костей сочлененія, но, убѣдившись въ томъ, что пораженіе скелета слишкомъ распространено вверхъ по предплечью, рѣшилъ непосредственно ампутировать конечность на продолженіи предплечья.

Техника операціи: Одинъ изъ помощниковъ прижималъ подкрыльцевую артерію, а операторъ а) *выкроилъ два лоскута* (по Тилю)—передній (ладонный) длинный и задній—малый лоскуты; б) отсепаровавъ мягкія части вплоть до костей, *онъ отпилилъ обѣ кости предплечья,* не отдѣливъ накостницы; в) затѣмъ онъ анатомическимъ пинцетомъ захватывалъ *просвѣты главныхъ артерій и предоставилъ помощнику ихъ перевязывать струнною нитью;* г) далѣе, онъ *поверхность раны облилъ крѣпкимъ растворомъ хлористаго цин-*

ка и сшилъ рану шелкомъ, вложивъ въ углы культи тонкій, короткій дренажъ; наконецъ, д) наложилъ типическую повязку Листера.

Вся операція длилась не болѣе 20 минутъ.

Что касается оперативной техники двухъ послѣднихъ хирурговъ— Генри Смитса и Джона Вууда, то ее можно охарактеризовать извѣстной латинской поговоркой древнихъ хирурговъ: cito, tuto et jucunde!

Литературные источники:

1) M Chartries, *Three epoches in medicine.* («Lancet», 24/IV 1886).

2) J. Lister, *The Germ-theory of putrefaction and other fermentative changes* («Transactions of Royal Society». Edinburgh, т. XXVII, 1875).

3) *King's College hospital.* Report for 1884 year.

4) *King's College* London. Medical department. February I, 1885.

5) Henry Smith, *Essay on excision of the head of the femur.* («Lancet» 1848).

6) Henry Smith, *On excision of the knee-joint.* («Medical Times» 1885).

7) Henry Smith, *Successful case of ligature of external iliac and superficial femoral arteries in the same subject* («Medical Times» 1885).

8) John Wood, *New method of operating for radical cure of hernia.* (Transactions Med.-Chir. Society, т. XIV).

9) John Wood, *Hernia and its racical cure* (Hunt. Lectures. 1885).

10) *The Medical Directory for 1887.* London 1887. I. and A. Churchill.

ГЛАВА III.

Теорія безгнилостной хирургіи. Опытъ Листера въ Пастёровской колбѣ.—Снаряды Листера для изслѣдованія вопроса о *самозарожденіи* (generatio spontanea).—Доказательства Листера, что воздухъ, очищенный отъ пыли, не вызываетъ броженія въ органическихъ жидкостяхъ.—Изслѣдованія Тиндаля, подтверждающія выводы Листера о вліяніи воздушной пыли на процессъ броженія.—Опыты Уатсона Чейне съ карболовой кислотой, доказывающіе свойства послѣдней умерщвлять зародыши, носящіеся въ воздухѣ.—Опыты Бильрота со свѣжими органами при изученіи причинъ гніенія.—Опроверженіе выводовъ Бильрота контрольными опытами Уатсона Чейне.—Итоги всѣмъ вышеприведеннымъ опытамъ относительно самозарожденія.—Возраженія Гольмса противъ зародышевой теоріи Листера.—О примѣнимости «*зародышевой теоріи*» (the germ-theory) Листера къ практическимъ потребностямъ клинической хирургіи.—О микроорганизмахъ, находимыхъ въ отдѣляемомъ раны при безгнилостномъ леченіи послѣдней.—Бактеріологическія изслѣдованія Ранке, Фишера и Уатсона Чейне относительно характера и свойствъ микроорганизмовъ безгнилостной и гнилостной раны.—Значеніе отдѣльныхъ элементовъ Листеровской повязки: а) карболовая кислота, spray; б) карболизованная марля и способъ ея приготовленія, по Листеру; в) protective-silk; г) мэкентошъ; д) cat-gut или струнная нить; е) дренажъ; ж) упругій бинтъ.—Главныя заслуги Листеровской теоріи.—Личное знакомство съ Уатсономъ Чейне и его частною бактеріологическою лабораторіею.—Біографическія и библіографическія свѣдѣнія о Листерѣ и Уатсонѣ Чейне.— Литературные источники.

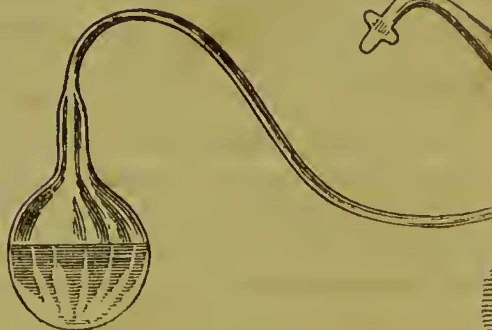
Имя Листера, какъ представителя современнаго направленія хирургіи, хорошо знакомо каждому врачу; результатами его теоретическихъ изслѣдованій пользуются теперь клиницисты всѣхъ современныхъ школъ хирургіи въ Европѣ.—Но основы Листеровскаго ученія, мнѣ кажется, еще недостаточно усвоены многими русскими врачами— отчасти потому, что теорія этого ученія у насъ въ Россіи до сихъ поръ еще не нашла себѣ мѣста ни въ одномъ изъ руководствъ по хирургіи. Въ виду этого, я намѣренъ въ настоящей главѣ вкратцѣ изложить тѣ

теоретическія изслѣдованія Листера о самозарожденіи (generatio spontanea) и о вліяніи микроорганизмовъ на процессъ гніенія, которыя привели этого ученаго къ столь важнымъ практическимъ выводамъ, какъ примѣненіе антисептики къ леченію ранъ и хирургическихъ болѣзней.

Опытъ Листера въ Пастёровской колбѣ.

Въ началѣ семидесятыхъ годовъ изслѣдованія французскаго ученаго Пастёра (Pasteur) о вліяніи зародышей, суспендированныхъ въ воздухѣ, на процессъ броженія, сильно занималъ біологовъ и врачей, между ними и Листера. Послѣдній, чтобы доказать, что не химическія составныя части воздуха (кислородъ, азотъ, угольная кислота) служатъ агентами броженія органическихъ жидкостей, а эту роль играютъ зародыши, носящіеся въ воздушной пыли, произвелъ слѣдующій Пастёровскій опытъ (рис. 8): въ колбу съ длинною шейкою, дважды изог-

Рис. 8.



Пастёровская колба, въ которой обезпложенная моча не разлагается въ теченіи долгаго времени. Опытъ Листера.

Рис. 9.

Листеровская колба для сохраненія жидкостей обезпложенными *P*—ватный колпачекъ. *N*—обезпложенный воздухъ.

нутою, которая предварительно была обезпложена (стерилизована) Листеръ влилъ свѣже-выпущенную мочу и, прокипятивъ послѣднюю при 100° Ц., оставилъ конецъ трубки открытымъ; тѣмъ не менѣе, моча не разлагалась въ теченіи долгаго времени.

Въ лабораторіи Листера, по словамъ Уатсона Чейне, хранится подобная колба съ мочею уже 13 лѣтъ и безъ всякаго признака броженія. Явленіе это Листеръ объясняетъ такимъ образомъ: воздухъ, проникающій въ наружный конецъ дважды изогнутой трубки, фильт-

рируется въ той жидкости, которая осѣдаетъ въ колѣнкахъ трубки при охлажденіи ея стѣнокъ, т. е., въ этой жидкости осѣдаетъ воздушная пыль вмѣстѣ съ зародышами броженія и, стало быть, агенты разложенія не проникаютъ въ колбу, гдѣ хранится моча; поэтому послѣдняя не разлагается. Въ доказательство справедливости этого объясненія онъ представилъ слѣдующій контрольный опытъ: если отломить боковую трубочку на столько, чтобы воздухъ непосредственно проникалъ въ колбу съ мочей, то послѣдняя въ скоромъ времени получаетъ муть и начинаетъ быстро разлагаться.

Позднѣе, въ 1873 г., Листеръ обнародовалъ цѣлый рядъ опытовъ [1]) надъ различными жидкостями, какъ молоко, мясной отваръ, кровяная сыворотка и т. п., въ которыхъ онъ опредѣлялъ агенты броженія и, между прочимъ, представилъ нѣсколько снарядовъ, при помощи которыхъ ему удавалось получать различныя обезпложенныя жидкости. Кромѣ нагрѣвательной печи, которая, по своей конструкціи, походитъ на стерилизирующій аппаратъ Р. Коха, Листеръ употреблялъ особеннаго устройства колбу, которая давала ему возможность сливать, по мѣрѣ надобности, части жидкости и изслѣдовать ихъ микроскопически (см. рис. 9). Эта колба имѣетъ широкую, открывающуюся отвѣсно вверхъ шейку и боковой рукавъ, который у выхода изъ колбы на столько широкъ, что жидкость въ немъ не задерживается, когда колба стоитъ отвѣсно, т. е., въ этомъ мѣстѣ не вліяетъ волосность трубки при выливаніи жидкости, тогда какъ наружная часть этого рукава, напротивъ, постепенно съуживается и переходитъ въ загнутый пуговчатый конецъ трубки; вслѣдствіе этого при выливаніи жидкости изъ колбы всегда остается въ наружномъ концѣ рукава капля жидкости, которая предохраняетъ содержимое колбы отъ проникновенія въ него наружнаго воздуха. Эта капля жидкости вытирается смоченнымъ въ карболовой кислотѣ компрессомъ, когда представляется надобность оставить колбу для храненія, и отверстіе рукава покрывается ватнымъ колпачкомъ. Само собою разумѣется, что вся колба, до вливанія въ нее жидкости, обезпложивается въ паровикѣ. Вливается изслѣдуемая жидкость въ колбу такимъ образомъ, какъ это представлено на рис. 10.

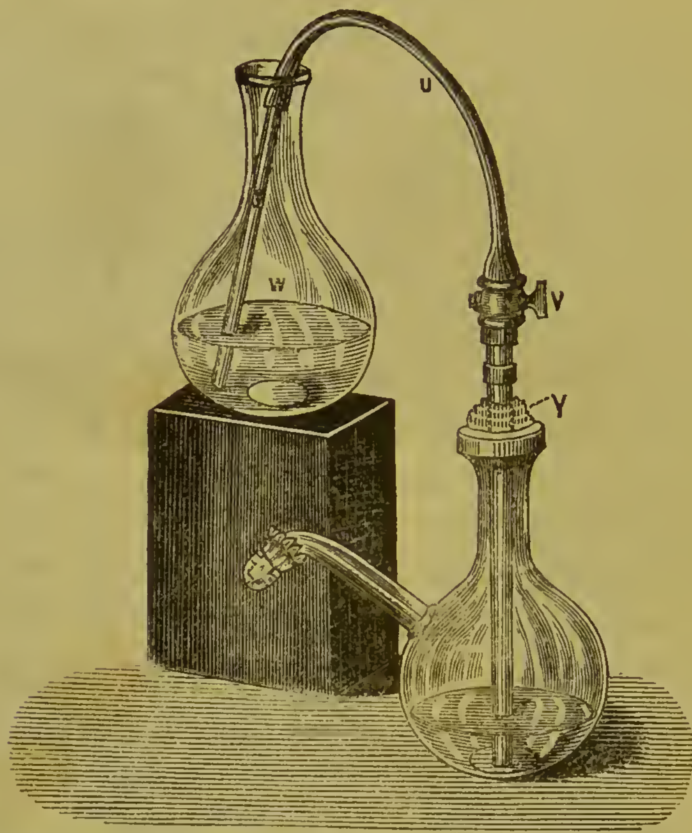
Въ подобныхъ колбахъ Листеру удавалось сохранять долгое время безъ разложенія сѣнный отваръ, мочу, свѣжее молоко и т. п.

---

[1]) «*The Germ Theory of Fermentative Changes*» (см. Microscopical Journal for October 1873 и Transactions of Path. Society of London т. XXVII, 1878.

Изъ этой колбы жидкость можетъ быть перенесена въ другіе меньшіе сосуды, безъ того, чтобы при самой манипуляціи жидкость под-

Рис. 10.

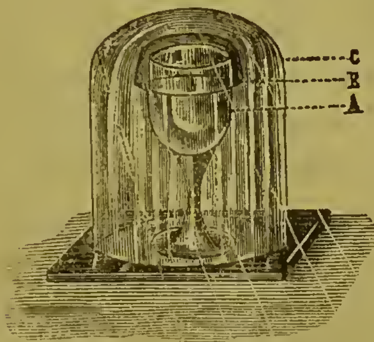


Способъ переливанія обезпложенной жидкости изъ обыкновеннаго сосуда въ Листеровскую колбу.

вергалась вліянію агентовъ броженія. Листеръ производилъ это такимъ образомъ (рис. 11): бокалъ *(A)*, покрытый часовымъ стекломъ *(B)*, онъ вводилъ подъ стекляный колпакъ *(C)*, стоящій на стекляной пластинкѣ. Весь этотъ снарядъ онъ вставлялъ въ паровой шкапъ для полнаго обезпложиванія. При переливаніи части изслѣдуемой жидкости изъ колбы въ бокалъ, экспериментаторъ снимаетъ ватную пробку съ рукава колбы и вставляетъ его пуговчатый конецъ въ центральное отверстіе каучковаго полушарія, которое предварительно долгое время лежало въ крѣпкомъ растворѣ карболовой кислоты; затѣмъ приподнявъ быстро стекляный колпакъ и часовое стекло, стоящій подъ нимъ бокалъ тотчасъ же прикрывается каучуковымъ полушаріемъ, въ которомъ введенъ отводной конецъ колбы (рис. 12) и изъ послѣдней вливается въ бокалъ любое количество жидкости, послѣ чего онъ опять покрывается часовымъ стекломъ и ставится подъ стекляный колпакъ для

наблюденій. Такимъ образомъ Листеру удавалось разливать по нѣсколькимъ стаканамъ изслѣдуемую жидкость и эта послѣдняя оставалась такою же чистою, какою она была въ колбѣ.

Рис. 11.



Листеровскій способъ сохраненія обезпложенныхъ жидкостей въ бокалѣ. А — бокалъ; В — часовое стекло; С — стекляный колоколъ.

Рис. 12.

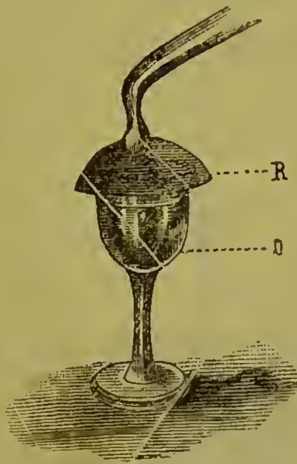


Рис. представляетъ: R—каучуковое полушаріе съ введеннымъ въ него пуговчатымъ концемъ колбы; при помощи этого снаряда обезпложенныя жидкости переливаются изъ колбы въ бокалъ (O).

Теперь разсмотримъ, къ какимъ заключеніямъ привели эти опыты Листера. При выливаніи жидкости изъ боковаго рукава воздухъ несомнѣнно всасывается въ колбу, чрезъ отвѣсную шейку; но, встрѣчая на пути ватную пробку, воздухъ оставляетъ въ ней всѣ зародыши, поэтому жидкость не разлагается. Во-вторыхъ, стаканы, обезпложенные въ паровикѣ и заключающіе въ себѣ органическую жидкость, также приходятъ въ соприкосновеніе съ чистымъ (лишеннымъ зародышей) воздухомъ; тѣмъ не менѣе, жидкость въ нихъ не измѣняется. Наконецъ, въ третьихъ, часовое стекло и стекляный колпакъ (рис. 11), покрывающіе бокалъ съ жидкостью, несомнѣнно допускаютъ соприкосновеніе внѣшняго воздуха съ содержимымъ въ стаканѣ, такъ какъ они не герметически закрываютъ послѣдній; тѣмъ не менѣе, жидкость не измѣняется, потому что воздушная пыль, при прохожденіи воздуха чрезъ щели между колпакомъ и пластинкой или между часовымъ стекломъ и бокаломъ, осаждается на наружныхъ стѣнкахъ сосудовъ, какъ это имѣетъ мѣсто и при Пастёровской колбѣ съ длинною изогнутою шейкою. Воздухъ, очищенный отъ пыли, не вызываетъ броженія въ органическихъ жидкостяхъ.

Слѣдовательно, Листеръ *доказалъ до очевидности, что газовыя составныя части воздуха, сами по себѣ, не могутъ вызвать броженія въ органическихъ жидкостяхъ.*

Изслѣдованія Тиндаля, подтверждающія выводы Листера.

Еще въ 1870 г. знаменитый англійскій физикъ Тиндаль [1] (Tyndall) утверждалъ, что лучъ свѣта, пропущенный чрезъ маленькое отверстіе діафрагмы въ темную среду, виденъ лишь тогда, когда онъ проходитъ чрезъ воздухъ, въ которомъ плаваетъ множество пыли; если же между отверстіемъ и источникомъ свѣта поставить сосудъ съ воздухомъ, лишеннымъ пыли, то въ темной комнатѣ не видно будетъ луча свѣта.

Рис. 13.

Камера Тиндаля, въ которой можно наблюдать вліяніе очищеннаго воздуха на процессъ броженія равличныхъ органическихъ жидкостей.

Послѣ опытовъ Листера, Тиндаль [2] конструировалъ особенный снарядъ, при помощи котораго онъ доказалъ непреложность вышеприведеннаго закона и, вмѣстѣ съ тѣмъ, подтвердилъ мнѣніе Листера относительно вліянія воздуха на органическія жидкости. Тиндалевскій снарядъ состоитъ изъ ящика или камеры, передняя стѣнка которой сдѣлана изъ стекла, прочія же стѣнки, равно какъ дно и крышка деревянныя; въ задней стѣнкѣ находится дверь, герметически закрывающаяся, а на боковыхъ стѣнкахъ находятся два стеклянныхъ окна, расположенныхъ другъ противъ друга. Внутренняя поверхность камеры смазывается глицериномъ для того, чтобы осѣдающая воздушная пыль оставалась въ покоѣ. Въ срединѣ крышки камеры сдѣлано отверстіе въ 2 дюйма въ поперечникѣ, которое затыкается плотно вставленною гутаперчевою пластинкою; послѣдняя пробуравливается шиломъ и въ полученное такимъ образомъ отверстіе вставляется длинная пипетка, оканчивающаяся вверху воронкою. Въ томъ мѣстѣ крышки, гдѣ пипетка выходитъ изъ камеры, имѣется круглое цинковое кольцо, вышиною въ 2 дюйма; пространство между пипеткую и кольцомъ выполняется ватою, смоченною въ глицеринѣ. Слѣдовательно, приподниманіе

[1] См. «Nature» January 27, 1870.

[2] Philosophical Transactions 1876 г.

или опусканіе пипетки сопровождаются не иначе, какъ треніемъ стеклянной трубки въ толщѣ липкой ваты, непропускающей воздушной пыли. Широкая каучуковая пластинка допускаетъ возможность произвести боковыя движенія въ нижнемъ концѣ пипетки. Сбоку крышки камеры имѣются еще два небольшихъ отверстія, чрезъ которыя проходятъ узкія, многоколѣнчатыя стеклянныя трубочки, служащіе путемъ сообщенія воздуха камеры съ внѣшней атмосферой; въ изогнутыхъ колѣнкахъ трубочекъ осаждаются твердыя частицы воздуха, который проникаетъ въ камеру при охлажденіи послѣдней, вслѣдствіе разницы температуры. Наконецъ, дно камеры снабжено 12-ю отверстіями, въ которыя герметически вправлены 12 реактивныхъ стаканчиковъ, куда вливаются различныя органическія жидкости, подвергающіяся вліянію воздуха.

Такимъ образомъ снаряженная камера герметически замыкается и ставится въ покойное мѣсто на 3—4 дня, пока проникающіе чрезъ боковыя окошки лучи свѣта не будутъ видны въ камерѣ; слѣдовательно, это явленіе покажетъ, что воздушная пыль въ камерѣ уже вполнѣ осѣла. Тогда вводится нижній конецъ пипетки въ каждый пробирный стаканчикъ и черезъ нее вливаются различные настои органическихъ тканей. Затѣмъ наружныя (нижнія) части стаканчиковъ погружаются въ стеклянную ванну и подвергаются кипяченію въ теченіи 5 минутъ. Во время охлажденія воздуха въ камерѣ наружныя отверстія пипетки и колѣнчатыхъ трубокъ закрываются ватой, чтобы предупредить чрезмѣрный притокъ внѣшняго воздуха; но затѣмъ опять открываются. Послѣ того весь снарядъ оставляется въ безусловномъ покоѣ въ комнатѣ съ соотвѣтственною температурою. Рядомъ съ нимъ ставятся сосуды, наполненные тѣми же настоями и также прокипяченными, но предоставленные непосредственному вліянію комнатной атмосферы.

При такихъ условіяхъ Тиндалю удавалось сохранить въ камерѣ неопредѣленное время прокипяченную мочу, настои телячьяго, бычачьяго, рыбьяго мяса, отвары сѣна, рѣпы, печени, почекъ, заячьяго и кроличьяго мяса, фазана и другихъ птицъ, безъ всякаго разложенія, тогда какъ тѣже самыя жидкости, равнымъ образомъ прокипяченныя, но предоставленныя непосредственному вліянію воздуха, въ теченіи короткаго времени подвергались разложенію и гніенію.

Этотъ опытъ Тиндаля имѣетъ много общаго съ вышеописаннымъ опытомъ Листера въ Пастёровской колбѣ, но отличается отъ него тѣмъ, что здѣсь реактивныя жидкости приходятъ въ соприкосновеніе

съ такимъ воздухомъ, который не былъ ни прокипяченъ, ни профильтрированъ; только тяжелыя частицы его осѣли на стѣнкахъ камеры и вслѣдствіе этого онѣ лишены возможности попадать въ обезпложенныя жидкости. Далѣе, Тиндаль наблюдалъ, что если воздушная пыль лабораторной комнаты прямо попадаетъ въ обезпложенныя жидкости, то послѣднія быстро разлагаются. Наконецъ, тотъ же физикъ-экспериментаторъ доказалъ, что выдѣляющіеся при гніеніи газы, какого вонючаго запаха они ни были-бы, никогда не вызываютъ разложенія органическихъ жидкостей, если эти газы только лишены воздушной пыли.

И такъ, повторяю, предположеніе Листера, что въ воздухѣ носятся агенты разложенія и гніенія живыхъ тканей, было неоспоримо доказано многими біологами.

Опыты Уатсона-Чейне съ карболовой кислотой.

Однакоже, нельзя не признать, что фильтрированіе воздуха, требующее столькихъ строгихъ мѣръ предосторожности, не вполнѣ удобно для практическихъ цѣлей. Поэтому Листеру необходимо было отъискать другія средства, при помощи которыхъ возможно было бы сдѣлать безвредными тѣ зародыши, носящіеся въ воздухѣ, которые вызываютъ разложеніе или гніеніе органическихъ тканей. — Такимъ средствомъ оказалась карболовая кислота. И дѣйствительно, Уатсонъ-Чейне доказалъ это слѣдующимъ опытомъ: въ четыре одинаковыя колбы, предварительно обезпложенныя, было влито опредѣленное количество чистаго молока, съ вышеуказанными мѣрами предосторожности противъ внесенія воздушной пыли. Затѣмъ двѣ колбы были оставлены открытыми въ теченіи 10 минутъ; другія же двѣ колбы оставались въ той же атмосферѣ, но подъ паромъ карболоваго распылителя (spray); въ первыхъ двухъ колбахъ вскорѣ развилось множество бактерій, тогда какъ послѣднія двѣ колбы оставались вполнѣ чистыми; но какъ только въ молоко послѣднихъ колбъ были внесены зародыши прививкой, то и оно переходило въ броженіе и въ немъ развивалось множество бактерій.

Другой опытъ того же экспериментатора былъ обставленъ такимъ образомъ: четыре колбы съ ватными пробками обезпложивались по указаніямъ Листера; въ двѣ изъ нихъ былъ влитъ огуречный настой, послѣ чего сосуды вставлялись въ нагрѣвательную печь съ тмп. 36° Ц.; въ теченіи 4-хъ сутокъ настой этотъ не измѣнялся. Около половины содержимаго одной колбы переливалось въ другую обезпложенную колбу подъ паромъ карболоваго распылителя и закупоривалось ватною проб-

кою. Жидкости въ этихъ двухъ послѣднихъ колбахъ оставались также неизмѣненными. Съ двумя другими колбами было сдѣлано тоже самое, но безъ карболоваго распылителя; въ нихъ-то скоро и показались явленія броженія, равно какъ найдено было множество бактерій.

Отсюда Уатсонъ-Чейне заключаетъ, *что не только фильтрированіе воздуха дѣлаетъ послѣдній безвреднымъ, но также пары карболовой кислоты, убивая зародыши, носящіеся въ воздухѣ, предохраняютъ органическія жидкости отъ разложенія или гніенія.*

Этимъ весьма важнымъ въ практическомъ отношеніи фактомъ Листеръ пользовался при своихъ дальнѣйшихъ опытахъ и клиническихъ наблюденіяхъ. Такъ, при выниманіи сосудовъ изъ согрѣвательной печи или при переливаніи испытуемыхъ жидкостей изъ колбы въ бокалы (см. выше), онъ всегда насыщалъ воздухъ паромъ карболовой кислоты помощью распылителя, тогда опыты его удавались чаще и предохраненіе жидкостей отъ присутствія вредныхъ зародышей достигалось много легче.

До сихъ поръ описанные мною факты доказывали, что настои или выжимки различныхъ органическихъ тканей не заключаютъ въ себѣ агентовъ разложенія или гніенія и что процессы эти обнаруживаются только послѣ внесенія какихъ-то зародышей извнѣ. Необходимо было еще доказать, что и живыя органическія ткани или жидкости также не имѣютъ въ себѣ этихъ зародышей. Съ этой цѣлью Листеръ предпринялъ слѣдующій опытъ со свѣжею кровью быка.

Въ свою обезпложенную колбу (см. выше, рис. 9) онъ ввелъ чрезъ широкую шейку стеклянную трубочку и промежутокъ между нею и стѣнкою шейки забилъ туго ватою. Наружный конецъ этой трубки, равно какъ отверстіе боковаго рукава колбы онъ покрылъ ватными колпачками, и такимъ образомъ снаряженная колба была вставлена въ согрѣвательную печь. Обнаживъ подъ строгими мѣрами антисептики яремную вену у быка, Листеръ перерѣзалъ ее и, снявъ ватный колпачекъ съ трубки, вставилъ послѣднюю въ просвѣтъ разрѣзанной вены по направленію къ периферіи сосуда. Такимъ образомъ кровь животнаго изливалась чрезъ обезпложенную трубочку прямо въ чистую колбу; послѣ наполненія послѣдней кровью вена снималась съ трубки и отверстіе послѣдней опять покрывалось ватнымъ колпачкомъ. Еще ранѣе, чѣмъ кровь успѣла свернуться въ колбѣ, она разливалась по бокаламъ съ вышеописанными мѣрами предосторожности.

При такихъ условіяхъ полученная кровь оставалась въ теченіи шести недѣль неразложившеюся, какъ въ колбѣ, такъ и въ реактивныхъ бокалахъ; при этомъ Листеръ еще наблюдалъ, что не только чистая кровь, но и смѣшанная съ водою (среда, весьма скоро разлагающаяся) можетъ сохраниться безъ всякихъ признаковъ разложенія.

Къ такимъ же результатамъ пришелъ Уатсонъ-Чейне относительно яичнаго бѣлка, которые онъ доказалъ слѣдующимъ опытомъ:

7/VII 1880 онъ подъ паромъ карболоваго распылителя разбилъ четыре крупныхъ яйца, предварительно тщательно вымытыхъ въ карболовой кислотѣ, и выпустилъ бѣлокъ въ обезпложенные, по Листеру, сосуды. Одинъ изъ бокаловъ онъ покрылъ ватнымъ колпачкомъ и вставилъ въ согрѣвательную печь съ температурою въ 37° Ц.

30/VII 1880 никакихъ измѣненій въ яичномъ бѣлкѣ этого сосуда еще не было; въ другой изъ бокаловъ онъ ввелъ специфическій микроорганизмъ и этотъ послѣдній быстро сталъ развиваться въ бѣлкѣ, вслѣдствіе чего въ немъ обнаруживались явленія броженія.

Стало быть, яичный бѣлокъ, самъ по себѣ, не имѣетъ никакихъ бродильныхъ агентовъ.

Необходимо было еще доказать, — имѣютъ ли свѣжія животныя ткани зародыши гніенія?

Опыты Бильрота со свѣжими органами.

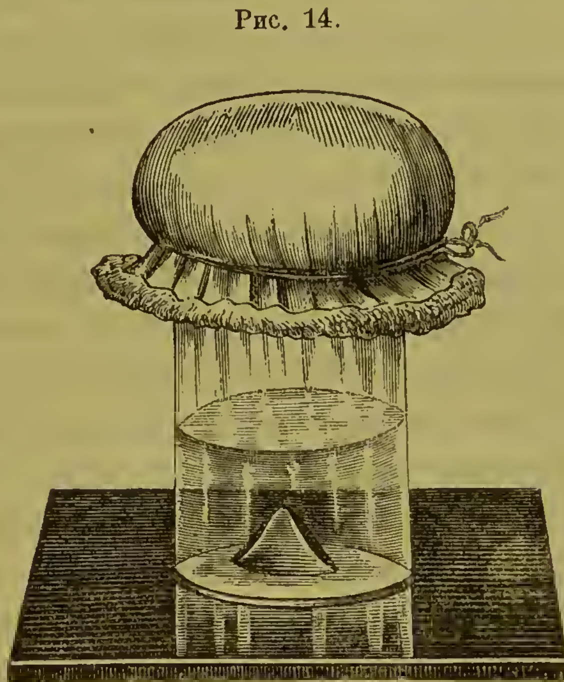
Бильротъ, въ началѣ 70-хъ годовъ, занимаясь изслѣдованіемъ надъ коккобактеріями (coccobacteria septica), рѣшилъ вышепоставленный вопросъ положительно, на основаніи слѣдующаго опыта: онъ вскрывалъ брюшную полость у свѣже-убитаго животнаго и раскаленными инструментами вырѣзывалъ печень, селезенку, почку и другіе органы, которые онъ погружалъ немедленно въ расплавленный парафинъ; этимъ средствомъ знаменитый хирургъ-экспериментаторъ думалъ уничтожить тѣ зародыши, которые успѣли осѣсть изъ воздуха на вырѣзанныя ткани при перенесеніи ихъ изъ брюшной полости животнаго въ сосудъ; и такъ какъ парафинъ быстро охлаждается, то онъ допускалъ, что зародыши въ самыхъ тканяхъ не разрушаются теплотою парафина. Такимъ образомъ постановленный опытъ показалъ, что вырѣзанные органы начинаютъ скоро гнить; поэтому Бильротъ заключилъ, что зародыши гніенія находятся въ живой крови и живыхъ тканяхъ.

Опроверженіе выводовъ Бильрота.

Уатсонъ-Чейне, анализируя этотъ фактъ, вполнѣ справедливо замѣчаетъ, что опытъ Бильрота былъ поставленъ невѣрно, и вотъ почему: во-первыхъ, извѣстно, что парафинъ плавится уже при 60° (Ц.), тогда какъ воздушная пыль, подвергнутая и до 150° (Ц.), еще не ли-

шается живучести своихъ зародышей; стало быть, расплавленный парафинъ могъ легко оставить внесенные извнѣ зародыши въ дѣятельномъ состоянiи; во-вторыхъ, при охлажденiи парафинъ даетъ трещины которыя могли дойти до поверхности погруженнаго въ немъ органа и, такимъ образомъ, воздушная пыль имѣла свободный доступъ къ живымъ тканямъ; наконецъ, въ третьихъ, при вырѣзыванiи органовъ изъ тѣла животнаго раскаленнымъ инструментомъ изъ сосудовъ выдавливается кровь и на мѣсто последней проникаетъ воздухъ, который можетъ быть совершенно устраненъ отъ влiянiя горячаго парафина; а въ этомъ-то воздухѣ остаются зародыши гнiенiя.

Рис. 14.



Банка съ обезпложенною жидкостью, въ которую погруженъ вырѣзанный органъ животнаго, по способу Уатсона-Чейне.

Вотъ почему Уатсонъ-Чейне считалъ необходимымъ повторить опытъ Бильрота, только при другой, болѣе гарантирующей, постановкѣ.

Сначала онъ приготовилъ себѣ особенные сосуды, обезпложенные по указанiямъ Листера и покрытые ватными колпаками; каждую банку онъ наполнилъ на четверть обезпложеннымъ настоемъ рѣпы, который вливался въ сосудъ вышеуказаннымъ способомъ (см. рис. 10) и всѣ эти манипуляцiи производилъ подъ паромъ карболоваго распылителя; затѣмъ онъ вставилъ банки на 3—4 дня въ согрѣвательную печь съ температурою въ 37° Ц.; по истеченiи этого времени, когда настой рѣпы оставался прозрачнымъ и неизмѣненнымъ, онъ разливалъ его еще по бокаламъ для контрольныхъ опытовъ и микроскопическихъ изслѣдованiй.

Затѣмъ, вымывъ тщательно брюшную стѣнку кролика 5% растворомъ карболовой кислоты, онъ ударомъ въ затылокъ умерщвлялъ животное и вскрывалъ брюшную стѣнку прокаленными и вымытыми въ карболовой кислотѣ инструментами подъ паромъ распылителя; части органа онъ быстро вырѣзывалъ изъ полости и переносилъ въ обезпложенные сосуды съ настоемъ рѣпы. Въ четыре такихъ сосуда Уатсонъ-

Чейне положилъ куски печени, селезенки, почки и мышцы, покрылъ ихъ ватными колпаками и вставилъ въ согрѣвательную печь. Въ теченіи долгаго времени всѣ эти сосуды оставались чистыми: жидкость въ нихъ заключенная не измѣнялась, равно какъ не обнаруживалось никакихъ явленій, указывающихъ на гніеніе тканей. Наконецъ, тщательное микроскопическое изслѣдованіе послѣднихъ показало, что въ этихъ тканяхъ нѣтъ микроорганизмовъ.

Этотъ опытъ ясно доказалъ, что органическія ткани, перенесенныя въ сосуды даже въ присутствіи воздуха, но лишеннаго зародышей помощью карболовой кислоты, не имѣютъ въ себѣ тѣхъ условій, которыя вызываютъ броженіе или гніеніе органическихъ тканей.

Уатсонъ - Чейне указываетъ, что при подобныхъ опытахъ слѣдуетъ ткани погружать въ обезпложенныя жидкости (какъ огуречный или рѣпный настои) для того, чтобы предохранить экспериментируемые органы отъ быстраго высыханія.

При многократныхъ опытахъ надъ различными органами животныхъ Уатсонъ-Чейне дважды наблюдалъ, что по внѣшнему виду вполнѣ здоровыя ткани, сохраненныя вышеописаннымъ образомъ, подверглись разложенію. Въ одномъ случаѣ это была только почка, въ другомъ почка и печень, которыя, подъ вліяніемъ развившихся въ нихъ микроорганизмовъ, стали быстро разлагаться и гнить. Но при дальнѣйшемъ изслѣдованіи этихъ препаратовъ, экспериментаторъ убѣдился, что причина гніенія органовъ лежала въ микроорганизмѣ, циркулировавшемъ въ живой ткани даннаго животнаго. Нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, прибавляетъ Уатсонъ-Чейне, что подобный микроорганизмъ въ дѣятельномъ состояніи можетъ циркулировать въ крови живаго животнаго. Но отсюда еще не слѣдуетъ заключать, что всѣ ткани вообще носятъ въ себѣ агенты разложенія. Напротивъ того, болѣе удивительно то, что такіе микроорганизмы, циркулирующіе въ крови при болѣзненномъ состояніи животнаго, весьма часто и очень быстро уничтожаются сами по себѣ, не вызывая разложенія крови или гніенія ткани.

Итоги вышеприведеннымъ опытамъ.

И такъ, подводя итоги всѣмъ вышеописаннымъ опытамъ Пастера, Листера, Тиндаля и Уатсона-Чейне, мы должны придти къ заключенію, что газообразныя составныя части воздуха сами по себѣ не суть возбудители гніенія, а только специфическія частицы, плавающія въ воздухѣ, играютъ эту роль; эти элементы удѣльно тяжелѣе воздуха и потому они при покойномъ состояніи послѣдняго осѣдаютъ (см. выше опытъ Тиндаля). Далѣе, доказано, что различными химическими

веществами (какъ карболовая кислота, сѣрная кислота, хлористый цинкъ и т. п.) или высокою температурой можно уничтожить бродильныя свойства этихъ специфическихъ элементовъ. Наконецъ, такъ какъ послѣдніе разрушаются подъ вліяніемъ высокой температуры, то съ большою вѣроятностью можно принять, что возбудители гніенія суть организмы.

Практическіе же выводы изъ этихъ теоретическихъ воззрѣній имѣютъ для хирурговъ весьма важное значеніе.

Мы знаемъ, какъ часто обширныя кровоизліянія въ полости черепа или сочлененій состаются неизмѣненными до тѣхъ поръ, пока къ нимъ нѣтъ доступа воздуха, или, точнѣе, тѣхъ бродильныхъ элементовъ, которые носятся въ воздухѣ. Если выпустить такую излившуюся органическую жидкость, то она представится безъ малѣйшаго признака разложенія; но если загрязнить ее нечистотами воздуха, то она въ теченіи нѣсколькихъ часовъ превращается въ ихорозную жидкость и начинаетъ гнить.

Подобныя же явленія мы наблюдаемъ не только въ другихъ органическихъ жидкостяхъ, какъ серозные трансудаты при hydrocele, грыжахъ или водянкѣ живота, но и въ цѣлыхъ тканяхъ. Напримѣръ, при подкожныхъ переломахъ часто бываетъ, что нѣкоторыя мягкія части лишаются питанія или умерщвляются силою травмы; тѣмъ не менѣе, эти ткани не всегда разлагаются: во многихъ случаяхъ онѣ исчезаютъ путемъ всасыванія. Но если переломъ открытый, т. е., поврежденныя ткани имѣютъ непосредственное соприкосновеніе съ атмосферой, то онѣ начинаютъ гнить и отторгаются отъ здоровыхъ тканей путемъ некробіотическаго процесса, если мы не предпримемъ противогнилостныхъ мѣръ.

Тоже самое бываетъ при раненіяхъ съ потерею кожи: на открытой ранѣ скопляются излившіяся кровь и серозныя жидкости, которыя не замедлятъ подвергнуться разложенію вслѣдствіе присутствія воздуха, который не былъ ни фильтрированъ, ни подверженъ высокой температурѣ или дѣйствію химическихъ реагентовъ; ибо, повторяю, главными возбудителями броженія или разложенія органическихъ тканей суть тѣ плотныя частицы атмосферы, которыя въ видѣ пыли осѣдаютъ на всѣ находящіеся въ воздухѣ предметы.

Отсюда вытекаетъ практическое правило: *чтобы предохранить рану отъ гніенія, не слѣдуетъ допускать воздушной пыли къ поверхности раны или, по крайней мѣрѣ, уничтожить бро-*

дильныя свойства этихъ вредныхъ частицъ, прежде чѣмъ онѣ придутъ въ соприкосновеніе съ раною.

На этомъ теоретическомъ воззрѣніи, подтвержденномъ, впрочемъ, многими опытами, геніальный умъ Листера основалъ новое ученіе о леченіи хирургическихъ болѣзней и выработалъ вполнѣ практическія правила «*безгнилостной хирургіи*».

Выше, при описаніи оперативной и клинической дѣятельности Листера, я уже познакомилъ читателя съ тѣми мѣрами, которыя онъ примѣняетъ на практикѣ для полученія безгнилостнаго теченія ранъ.

Возраженія Гольмса противъ «зародышевой теоріи» Листера.

Съ такою, вполнѣ выработанною системою новаго ученія Листеръ пріѣхалъ въ Лондонъ и здѣсь неоднократно доказывалъ на больныхъ King's College hospital благотворное вліяніе безгнилостнаго способа леченія ранъ. Тѣмъ не менѣе, нѣкоторые представители англійскихъ школъ хирургіи, пользующіеся въ Лондонѣ большимъ авторитетомъ, отнеслись скептически къ ученію Листера. Такъ, напр., профессоръ St. George's hospital, д-ръ Гольмсъ (Holmes) говорилъ, «чтобы принять зародышевую теорію» (the germ-theory) за основу противогнилостнаго леченія ранъ, не достаточно имѣть одну лишь вѣру въ эту теорію, но нужно еще доказать, что законы ея примѣнимы и къ тѣмъ тканямъ, которыя остаются въ связи съ живымъ организмомъ и, слѣдовательно, подчиняются законамъ физіологическимъ» [1]. Другими словами, отъ Листера требовали еще доказательствъ, что вышеприведенныя заключенія относительно процесса гніенія вполнѣ примѣнимы къ тѣмъ органическимъ жидкостямъ и тканямъ, которыя находятся въ самой ранѣ.—Это требованіе выполнилъ ученикъ Листера—Уатсонъ-Чейне, который поставилъ себѣ задачей рѣшить слѣдующіе вопросы:

1) Гарантируетъ ли безгнилостная повязка Листера отъ гніенія или броженія жидкостей и тканей въ самой ранѣ?

2) Если въ этихъ тканяхъ не обнаруживается признаковъ разложенія, то находятся ли какіе-нибудь зародыши въ нихъ?

3) Какое вліяніе имѣютъ эти зародыши на рану, если таковые проникаютъ къ ней, не смотря на примѣненіе Листеровской безгнилостной повязки?

4) Возможно-ли вообще допустить существованіе микроорганизмовъ въ жидкостяхъ и тканяхъ живаго тѣла, которыя не находились подъ вліяніемъ воздушной пыли?

---

[1]) Mac-Cormac, Antiseptic Surgery, стр. 51, London 1877.

5) Чѣмъ можно объяснить существованіе такихъ организмовъ при вышеуказанныхъ условіяхъ?

6) Какимъ путемъ проникаютъ эти зародыши въ рану, защищенную безгнилостною повязкою?

Рѣшить первый вопросъ было весьма легко: многократными клиническими наблюденіями Листеръ доказалъ, что если вскрывать затечные гнойники подъ паромъ карболоваго распылителя и строго провести всѣ мѣры безгнилостнаго леченія, то отдѣляемое раны, находившееся подъ антисептической повязкой въ теченіи нѣсколькихъ дней, не имѣетъ никакого запаха и не обнаруживаетъ никакихъ явленій броженія. Если же такую рану предоставить соприкосновенію съ необеззараженнымъ воздухомъ, то отдѣляемое раны скоро принимаетъ гнилостный характеръ: оно превращается въ ихорозный гной.

Много труднѣе было рѣшить второй вопросъ—находятся-ли какіе-либо микроорганизмы въ безгнилостной ранѣ?

Бактеріологическія изслѣдованія Ранке, Фишера и Уатсона-Чейне.

Вскорѣ послѣ обнародованія наблюденій Листера, ученикъ профессора Фолькмана—д-ръ Ранке [1]) изслѣдовалъ микроскопически содержимое ранъ, протекавшихъ вполнѣ безгнилостно, и онъ находилъ въ немъ парные микрококки, стрептококки и даже нѣкоторыя формы бактерій. Тоже самое находили Демарке [2]) (Demarquay), Фишеръ [3]) изъ Страсбурга и другіе. Д-ръ Уатсонъ-Чейне, будучи въ 1876 г. случайно въ Страсбургѣ, видѣлъ способъ примѣненія безгнилостной повязки профессоромъ Люкке, изъ клиники котораго д-ръ Фишеръ заимствовалъ свой матеріалъ для изслѣдованія вышепоставленнаго вопроса, и пришелъ къ убѣжденію, что опыты Фишера и другихъ экспериментаторовъ по этому предмету далеко небезупречны. Это заставило Уатсона-Чейне предпринять рядъ опытовъ, обставленныхъ болѣе строго антисептически, для рѣшенія вопроса—*какого характера и вида тѣ микроорганизмы, которые находятся въ отдѣляемомъ раны, подверженной безгнилостному леченію?* Опыты свои онъ производилъ слѣдующимъ образомъ: Приготовивъ вполнѣ обезпложенный огуречный настой, Уатсонъ-Чейне, съ извѣстными уже мѣрами предосторожности, переносилъ его въ Листеровскую колбу, которую онъ ставилъ въ согрѣвательную печь на 2—3 дня. Убѣдив-

---

[1]) См. Centralblatt f. Chirurgie, № 13, 1874.

[2]) Comptes rendus, 1874.

[3]) См. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, т. VI, стр. 320.

шись въ томъ, что этотъ настой безусловно чистъ, онъ разливалъ его по различнымъ бокаламъ или стеклянным пластинкамъ, куда онъ переносилъ капли жидкости, собранной изъ отдѣляемаго безгнилостной раны.

Для собиранія и перенесенія этой жидкости онъ употреблялъ тонкія капиллярныя трубочки, какія употребляются для храненія оспенной лимфы. Преимущество этихъ трубочекъ предъ обыкновенной прививательной иглой Уатсонъ-Чейне видитъ въ томъ, что въ первой можно набрать больше прививаемой жидкости и на послѣднюю не будетъ вліять паръ карболоваго распылителя, дѣйствующаго во время производства этихъ манипуляцій. Такимъ образомъ наполненныя отдѣляемымъ раны капиллярныя трубочки Уатсонъ-Чейне непосредственно вносилъ въ колбы съ питательною жидкостью и, герметически закрывъ ихъ ватными колпачками (рис. 15), вставлялъ ихъ опять въ согрѣвательную печь.

Рис. 15.

Колба для прививки микробовъ въ питательной средѣ, по Уатсону-Чейне.

Далѣе, отдѣляемое раны онъ собиралъ и переносилъ въ колбу со слѣдующими предосторожностями: удаливъ подъ паромъ карболовой кислоты первые слои безгнилостной повязки, онъ нагрѣвалъ на спиртовой лампочкѣ дезинфицированнную стеклянную трубочку для того, чтобы карболовая кислота, находившаяся въ ней, улетучилась; послѣ того быстро вводилъ эту волосную трубочку въ дренажъ, находящійся въ ранѣ, и оттуда непосредственно вносилъ трубочку въ колбу. Убѣдившись, что подобнаго рода манипуляція не сопровождается загрязненіемъ прививаемой жидкости воздушною пылью, онъ сталъ производить слѣдующіе опыты: каждый разъ онъ вносилъ въ двѣ колбы трубочки съ отдѣляемымъ раны, а въ третью колбу—такую же нагрѣтую на лампѣ трубочку, но не бывшую въ соприкосновеніи съ раною. При этомъ Уатсонъ-Чейне наблюдалъ, что послѣдняя колба всегда оставалась чистою, тогда какъ первыя иногда измѣнялись; именно, если въ нихъ развивались какіе-нибудь организмы, то питательная среда (огуречный настой) становилась мутною въ теченіи 30—50 часовъ послѣ прививки.

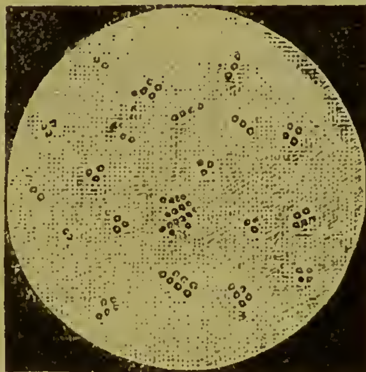
При такомъ изслѣдованіи безгнилостно протекающихъ ранъ экспери-

ментаторъ получалъ двоякаго рода результаты: либо питательная среда оставалась безусловно чистою, что доказывало отсутствіе какихъ бы то ни было микроорганизмовъ въ ранѣ; либо питательная среда принимала легкое окрашиваніе, которое впослѣдствіи переходило въ интенсивный красный цвѣтъ.

Присутствія микрококковъ и бактерій въ отдѣляемомъ раны.

Изслѣдовавъ микроскопически и помощью различныхъ реагентовъ (глицерина и уксусной кислоты) эти измѣнившіяся жидкости, Уатсонъ-Чейне убѣдился, что онѣ заключаютъ въ себѣ сферическія тѣльца, расположенныя парами или группами въ три, четыре шарика подъ рядъ, или же въ формѣ цѣпочки. Эти тѣльца, по свойствамъ своимъ (см. ниже), суть схизомицеты и называются *микрококками* (см. рис. 16). Они не имѣютъ никакого дурнаго вліянія на теченіе ранъ.

Рис. 16.



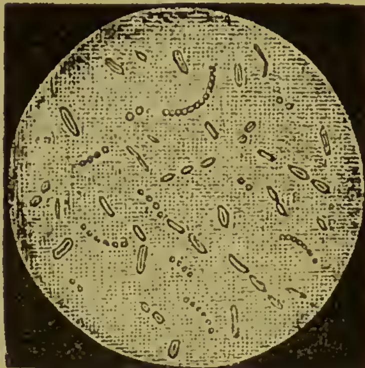
Микроскопическій препаратъ, указывающій присутствіе безвредныхъ микрококковъ въ отдѣляемомъ безгнилостной раны.

Хирурги, въ совершенствѣ обладающіе техникой Листеровской повязки, часто наблюдали, что при смѣнѣ послѣдней, по истеченіи 7—8 дней послѣ ея наложенія, перевязочный матеріалъ издаетъ особенный промозглый запахъ, который происходитъ вслѣдствіе химическаго дѣйствія антисептическихъ средствъ на окружающія ткани и выдѣляемыя жидкости. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ Уатсонъ-Чейне находилъ только микрококки; если послѣдніе перенести въ питательную среду (огуречный настой), то они въ теченіи 2—3 дней разрушаются и осѣдаютъ на дно реактивнаго сосуда. Отсюда экспериментаторъ заключаетъ, что химическія измѣненія въ перевязочномъ матеріалѣ, по всей вѣроятности, зависятъ отъ этихъ микрококковъ; но никогда они не вызываютъ какихъ-либо уклоненій отъ правильнаго безгнилостнаго теченія раны.

Если же прививать къ той же питательной средѣ содержимое изъ небезгнилостной раны, хотя бы при тѣхъ же условіяхъ предосторожности, то въ ней скоро разовьются, рядомъ съ микрококками, другіе микроорганизмы въ формѣ палочекъ, извѣстные въ микологіи подъ названіемъ *бактерій* (рис. 17). Правда, въ четырехъ случаяхъ отдѣляемое раны, протекавшей сначала безгнилостно, также давало бактеріи; но

при этомъ изъ подъ повязки всегда ощущался дурной запахъ и общее гнилостное теченіе ранъ не замедлило вскорѣ обнаружиться.

Рис. 17.



Микроскопическій препаратъ, указывающій присутствіе бактерій въ отдѣляемомъ *не* безгнилостной раны.

Рис. 18.

Микроскопическій препаратъ, указывающій присутствіе бактерій и кокковъ въ *гнилостной* ранѣ.

И такъ, видно, что бактеріи и микрококки могутъ развиваться подъ безгнилостной повязкой; но отсутствіе первыхъ при правильно протекавшихъ ранахъ указываетъ, что бактеріи требуютъ совершенно иныхъ условій для своего развитія, нежели безвредные микрококки. Если же микроскопически изслѣдовать содержимое такой раны, которую весьма трудно провести строго безгнилостно, напр., резекціонную рану тазобедреннаго сочлененія, съ многими свищевыми ходами, то въ препаратѣ находятъ множество бактерій, рядомъ съ гнойными клѣтками, какъ это видно на рис. 18, хотя полость раны тщательно вымывалась различными дезинфицирующими средствами, какъ салициловая, борная кислота и хлористый цинкъ. Этотъ препаратъ приготовленъ Уатсономъ-Чейне изъ содержимаго раны одного больнаго, оперированнаго Листеромъ, у котораго 3 мѣсяца послѣ операціи выдѣлился некротическій секвестръ. Совершенно справедливо замѣчаетъ Уатсонъ-Чейне, что при подобныхъ случаяхъ леченіе проводится *не безгнилостно* (асептически), а *противугнилостно* (антисептически).

Различныя свойства кокковъ и бактерій.

Считаю нужнымъ еще прибавить, что позднѣе, съ 1880 г., Уатсонъ-Чейне, познакомившись съ методами окрашиванія и разводки различныхъ бактерій по указаніямъ Коха, сталъ примѣнять эти пріемы къ изслѣдованію содержимаго различныхъ ранъ. Онъ переносилъ послѣднее въ мясной экстрактъ и, получивъ разводки, окрашивалъ микроскопическіе препараты анилиновыми красками, особенно метиль-віолетомъ,

фуксиномъ и гэматоксилиномъ; при этомъ онъ убѣдился, что микрококки всегда окрашиваются гэматоксилиномъ, тогда какъ бактеріи не воспринимаютъ этой краски. Далѣе, Уатсонъ-Чейне нашелъ, что если погрузить микрококки въ крѣпкій растворъ пептона и подвергать ихъ температурѣ тѣла, то эти микроорганизмы остаются безъ измѣненія, тогда какъ бактеріи, подвергнутыя той же реакціи, распадаются въ неправильныя палочки или зернышки, или даже совсѣмъ исчезаютъ. Микрококки развиваются лучше въ кислой средѣ, а бактеріи, напротивъ, въ щелочной или нейтральной жидкости. Наконецъ, онъ убѣдился въ томъ, что микрококки никогда не переходятъ въ бактеріи.

Получивъ эти данныя, Уатсонъ-Чейне изслѣдовалъ множество различныхъ жидкостей изъ гнилостныхъ ранъ и пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: а) *Въ безгнилостныхъ (асептическихъ) ранахъ либо вовсе нѣтъ микроорганизмовъ, либо въ нихъ находятся только микрококки;* б) *гнилостныя (септическія) раны заключаютъ всегда микроорганизмы, изъ которыхъ наибольшее число выпадаетъ на бактеріи, смѣшанныя съ микрококками,* и в) *чѣмъ гнилостнѣе отдѣляемое раны, тѣмъ большее количество бактерій находится въ ея отдѣленіяхъ.*

Третій вопросъ—какое вліяніе имѣютъ эти организмы (точнѣе микрококки) на теченіе безгнилостной раны?

Вліяніе микрококковъ на теченіе безгнилостной раны.

Обыкновенно они не вызываютъ никакого гніенія; только въ присутствіи ихъ отдѣляемое раны получаетъ кислый запахъ, напоминающій потное тѣло. Эти продукты броженія не раздражаютъ рану, если въ ней нѣтъ инороднаго тѣла, въ видѣ секвестра или шелковой нити; въ противномъ случаѣ они способствуютъ только расщепленію этихъ тѣлъ и, такимъ образомъ, облегчаютъ процессъ выдѣленія. Если же такіе микрококки попадаютъ въ здоровое сочлененіе, то они находятъ въ серозной жидкости сустава удобную для развитія питательную среду и быстро размножаются; вслѣдствіе этого чувствительная синовіальная оболочка начинаетъ усиленно секретировать, отдѣляемое раны увеличивается и самый процессъ заживленія раны затягивается.

Вотъ почему желательно предохранить всякую рану отъ проникновенія и этихъ микроорганизмовъ, что легко возможно выполнить болѣе строгими мѣрами предосторожности; напримѣръ, не оставлять повязку на слишкомъ долгое время, сдѣлать повязку болѣе герметическою и т. п.

Специфическое значеніе нѣкоторыхъ формъ микрококковъ.

Возможно ли допустить существованіе микроорганизмовъ въ такихъ тканяхъ человѣческаго тѣла, которыя никогда не находились подъ непосредственнымъ вліяніемъ воздушной пыли? Чѣмъ можно объяснить присутствіе такихъ организмовъ и какимъ образомъ они проникаютъ въ рану, защищенную безгнилостною повязкою?—Всѣ эти вопросы Уатсонъ-Чейне пытался рѣшить экспериментальнымъ путемъ и изслѣдованіемъ содержимаго различныхъ болѣзненныхъ процессовъ. Такъ, напримѣръ, онъ прививалъ гной изъ холодныхъ и острыхъ нарывовъ къ питательнымъ жидкостямъ и разводилъ полученные при этомъ микроорганизмы, причемъ онъ наблюдалъ, что въ острыхъ нарывахъ всегда находятся только микрококки, въ хроническихъ же нарывахъ онъ вовсе (?) не находилъ микроорганизмовъ; при osteomyelitis acuta онъ находилъ въ костномъ мозгу и въ гноѣ обыкновенно только микрококки и только въ рѣдкихъ случаяхъ—бактеріи.

Нужно замѣтить, что вопросъ о специфическомъ значеніи нѣкоторыхъ формъ микроорганизмовъ въ началѣ 80-хъ годовъ еще только зарождался и новѣйшія изслѣдованія Фридлендера, Коха и Розенбаха въ то время еще не были извѣстны Уатсону-Чейне; поэтому въ классическомъ сочиненіи его [1]) объ антисептической хирургіи онъ допускаетъ возможность существованія гноя безъ всякаго участія микробовъ. А между тѣмъ въ послѣднее время хирургическая патологія клонится къ тому, чтобы принять законъ—*«гдѣ нѣтъ микробовъ, тамъ не можетъ быть и гноя»* (Розенбахъ [2]) изъ Гёттингена).

Но Уатсонъ-Чейне не отрицаетъ вполнѣ возможности внесенія микроорганизмовъ въ рану чрезъ кровь живаго организма, онъ только ставитъ условіемъ, что въ такомъ организмѣ всѣ ткани вообще ослаблены въ своемъ питаніи, или онѣ представляются въ воспалительномъ состояніи.

Однакоже, много чаще эти микроорганизмы вносятся въ рану, защищенную безгнилостною повязкою, извнѣ, вслѣдствіе какихъ-либо упущеній въ мѣрахъ антисептики, какъ, напр., просачиваніе отдѣляемаго раны сквозь наружные покровы повязки, недостаточно крѣпкій растворъ дезинфицирующей жидкости и т. п.

Во всякомъ случаѣ за Уатсономъ-Чейне остается большая за-

---

[1]) *Antiseptic Surgery, its principles, practice, history and results*, by Watson Cheyne, London, 1879.

[2]) *Mikroorganismen bei den Wund Infectionkrankheiten des Menschen*, von Dr. Rosenbach, Wiesbaden, 1884.

слуга въ томъ, что онъ разсѣялъ всякое сомнѣніе о примѣняемости «зародышевой теоріи» Листера къ леченію травматическихъ поврежденій.

Итакъ, представивъ читателю краткій образъ теоретическихъ изслѣдованій Листера и его ученика Уатсона-Чейне, мнѣ нетрудно будетъ выяснить значеніе каждаго элемента, входящаго въ составъ Листеровскаго способа безгнилостнаго леченія ранъ.

Значенія отдѣльныхъ элементовъ Листеровской повязки.

Несомнѣнно, что на всѣхъ предметахъ, окружающихъ рану, осаждается воздушная пыль, богатая различнаго рода зародышами, могущими вызвать гнилостный процессъ въ самой ранѣ. Эти зародыши находятся на кожѣ больнаго, на рукахъ оператора и его помощниковъ, на инструментахъ, въ воздухѣ, въ водѣ и т. п.; поэтому необходимо, при всякомъ нанесеніи раны, принять строжайшія мѣры противъ занесенія зародышей въ самую рану. Вотъ почему безгнилостная хирургія требуетъ, чтобы всѣ эти предметы весьма тщательно вымывались мыломъ и дезинфицировались химическими агентами, убивающими живучесть зародышей, еще прежде, чѣмъ нарушена цѣлость кожи операціоннаго поля. Далѣе, если рана уже сдѣлана, то необходимо покрыть ее такимъ матеріаломъ, который либо вовсе не допускаетъ зародышей къ поверхности раны, либо препятствуетъ дальнѣйшей жизнедѣятельности этихъ возбудителей гніенія. Наконецъ, при всякой смѣнѣ повязки слѣдуетъ предпринимать, по мнѣнію Листера, тѣ же строгія мѣры противъ занесенія въ рану зародышей, какъ и при первой перевязкѣ раны.

Для подобнаго безгнилостнаго способа леченія раны Листеръ употребляетъ слѣдующіе матеріалы:

Значенія карболовой кислоты.

1) *Карболовая кислота* служитъ какъ противугнилостное средство, убивающее живучесть зародышей, носящихся въ воздухѣ. Удобнѣе всего употреблять это средство въ видѣ пара или мелкой пыли; съ этою цѣлью Листеръ придумалъ особенный распылитель, такъ назыв. spray. Въ прежнее время, вскорѣ послѣ введенія Листеровскаго способа леченія ранъ, въ клиникахъ Германіи и прочихъ государствъ континента, spray употреблялся при всѣхъ почти операціяхъ, особенно при вскрытіи брюшной полости; теперь онъ уже оставленъ, такъ какъ его можно замѣнить частымъ орошеніемъ поля операціи и поверхности раны какою нибудь дезинфицирующей жидкостью, какъ растворъ сулемы, карболовой кислоты, борной кислоты. Во всякомъ случаѣ, не слѣдуетъ думать, что вся суть Листеровскаго метода состоитъ въ употребленіи па-

роваго распылителя, какъ это утверждалъ Джемсъ Симпсонъ [1]) (James Simpson).

Обыкновенно Листеръ употребляетъ 5% растворъ карболовой кислоты для дезинфекціи инструментовъ и гноящихся ранъ; съ цѣлью-же дезинфицированія воздуха, окружающаго рану, онъ употребляетъ 2% растворъ въ формѣ пара.

Способъ приготовленія Листеровской марли.

2) *Карболизованная марля* употребляется какъ перевязочный матеріалъ съ цѣлью защитить рану отъ проникновенія въ нее зародышей или возбудителей гніенія. Эта марля обработывается слѣдующимъ образомъ: приготовляется особенная смѣсь, состоящая изъ 1 части acidi carbolici crystallisati, 1 части colophonii и 4 частей paraffini. Для того, чтобы равномѣрно и вполнѣ пропитать некрахмаленную марлю этой смѣсью, Листеръ [2]) совѣтуетъ въ водяной банѣ расплавить колофоній и парафинъ и во время перемѣшиванія этого сплава постепенно прибавлять по немногу карболовой кислоты. Затѣмъ марля, нарѣзанная кусками въ 3 метра длиною и 1/2 метра шириною, развѣшивается въ паровомъ ящикѣ и согрѣвается до температуры выше той, которую имѣетъ смѣсь дезинфицирующей жидкости; эта послѣдняя перегоняется въ паровикъ и когда марля достаточно пропитана смѣсью, то она выжимается прессомъ и опять развѣшивается въ томъ же паровомъ ящикѣ до полнаго высыханія.—Такого рода марля представляется желтаго (слегка шафраннаго) цвѣта и сильно пахнетъ карболовою кислотою.

Существенная составная часть этого перевязочнаго матеріала составляетъ карболовая кислота; колофоній прибавляется только съ цѣлью уменьшить летучесть карболовой кислоты, а парафинъ—чтобы сдѣлать матеріалъ менѣе клейкимъ. Для удержанія противугнилостныхъ свойствъ Листеровской марли, необходимо ее сохранять въ плотно закупоренныхъ пакетахъ. Поэтому для хирурга надежнѣе употреблять марлю собственнаго приготовленія, а не изготовленную фабричнымъ путемъ. Вотъ почему я позволю себѣ представить здѣсь рисунокъ (рис. 19) того аппарата, которымъ пользуется Листеръ для приготовленія противугнилостной марли. Этотъ аппаратъ состоитъ изъ 2-хъ цинковыхъ ящиковъ, вставляющихся одинъ въ другой, такъ что образуется промежутокъ между стѣнками, куда пропускается нагрѣтый паръ; въ другомъ сосудѣ (А) находится расплавленная масса, состоящая изъ канифоли,

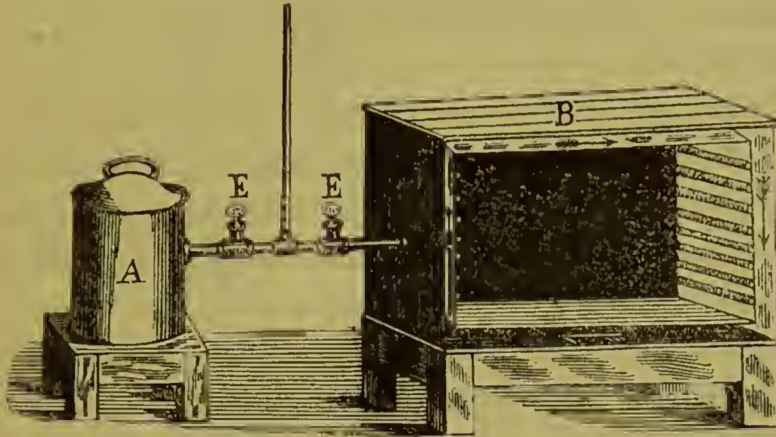
---

[1]) См. Lancet 1867 г.

[2]) См. Lancet, March 13, 1875.

парафина и карболовой кислоты. Внутри пароваго ящика (В) устроены перекладины, на которыхъ развѣшиваются полотнища марли. Затѣмъ

Рис. 19.



Аппаратъ Листера для приготовленія противугнилостной марли. А — сосудъ съ девинфицирующею массою; В — паровой ящикъ, въ которомъ развѣшивается марля; Е, Е — краны.

открываются оба крана Е, Е для перегонки смѣси изъ сосуда (А) въ ящикъ (В); отвѣсная трубка служитъ для проведенія пара. Когда марля уже достаточно пропиталась химическими веществами, то кранъ Е закрывается и вся марля кладется подъ прессъ въ томъ же паровикѣ, чтобы выжать избытокъ смѣси и высушить ее до-суха.

Если покрывать рану однимъ или двумя слоями этого матеріала, то повязка, вслѣдствіе рыхлости ткани, скоро пропитается выдѣленіями (кровью, сукровицей и т. п.), въ которыхъ зародыши воздуха найдутъ весьма удобную почву для своего развитія. Во избѣжаніе этого Листеръ требуетъ, чтобы на каждую рану накладывалось не менѣе восьми слоевъ этой марли, такъ какъ опытъ показалъ, что только толстый слой дезинфицированнаго матеріала вполнѣ надежно предохраняетъ рану отъ доступа внѣшняго воздуха.

3) *Protective silk.* Если вышеописаннымъ способомъ приготовленную марлю оставлять на продолжительное время въ соприкосновеніи съ свѣжею раною, то карболовая кислота, въ ней находящаяся, раздражаетъ ткани. Чтобы предупредить такое вредное вліяніе повязки, Листеръ сперва покрываетъ рану *шелковою тафтой,* обработанною копаллакомъ и смѣсью изъ 1 части декстрина, 2 частей крахмала и 16 частей 5°/₀ воднаго раствора карболовой кислоты; эти индиферентныя вещества примѣшиваются для того, чтобы тафта получила свойство Protective silk.

смачиваться выдѣленіями раны. Но никогда не слѣдуетъ покрывать рану большими кусками этой тафты, ибо въ такихъ случаяхъ отдѣленія скопятся подъ тафтою; такъ какъ послѣдняя не гигроскопична, то она не пропускаетъ сквозь себя жидкости, выдѣляющіяся изъ раны.— Еще въ 1885 г. я видѣлъ въ King's College hospital, какъ Листеръ накладываетъ узкія полоски этого protective-silk (см. выше рис. 6, стр. 64) на каждую свѣжую рану. Во время русско-турецкой войны я самъ еще употреблялъ его; но теперь онъ считается совершенно излишнимъ и его замѣняютъ часто тонкимъ кускомъ іодоформной марли или нѣсколькими комочками узко нарѣзанной марли, пропитанной слабымъ растворомъ сулемы.

Мэкентошъ. 4) *Мэкентошъ* — это полотняная ткань, покрытая съ одной стороны тонкимъ слоемъ резины. Онъ употребляется съ тою цѣлью, чтобы достигнуть большей герметичности; поэтому мэкентошъ долженъ покрывать собою всѣ слои карболизованной марли и тогда онъ предохраняетъ послѣднюю отъ улетучиванія карболовой кислоты. Поверхъ мэкентоша Листеръ кладетъ еще одинъ слой карболизованной марли для большей дезинфекціи наружнаго слоя повязки.

Въ послѣднее время, послѣ обнародованія изслѣдованій Коха, доказавшаго, что влажная среда способствуетъ размноженію микробовъ, хирурги совершенно отказались отъ примѣненія мэкентоша, такъ какъ подъ нимъ поверхность кожи прѣетъ и, стало быть, рана остается всегда влажною. Листеръ, однакоже, еще употребляетъ мэкентошъ.

Cat-gut, карболизованный шелкъ. 5) *Cat-gut*—это струнная нить, особеннымъ образомъ приготовленная для того, чтобы она представлялась вполнѣ безгнилостною, была достаточно гибка и въ тоже время не слишкомъ скоро всасывалась. Листеръ [1]) предписываетъ слѣдующій способъ обработки струнной нити: приготовляется растворъ изъ 1 части хромовой кислоты, 4000 частей воды и 200 частей чистой карболовой кислоты; въ этотъ растворъ погружается обыкновенная струна на болѣе продолжительное время (6—8 мѣсяцевъ); вслѣдствіе этого струна дѣлается сначала мягкою и гибкою, затѣмъ она твердѣетъ и можетъ противостоять дѣйствію жидкостей, выдѣляемыхъ тканями организма.—Затѣмъ струна наматывается на катушки и погружается въ карболовое масло (1 : 5), въ которомъ cat-gut всегда сохраняется.

Струнныя нити преимущественно употребляются для перевязки кро-

---

[1]) См. «Lancet», 5/II, 1881.

веносныхъ сосудовъ; въ иныхъ случаяхъ ихъ употребляютъ также для наложенія лигатуры en masse, напр., при оваріотоміяхъ. Главное преимущество cat-gut предъ обыкновенной лигатурной нитью—это всасываемость его, т. е., струна, подъ вліяніемъ имбибирующихъ ее тканевыхъ жидкостей, расщепляется на весьма мелкія волоконца, которыя постепенно уносятся лимфою и, такимъ образомъ, лигатура со временемъ вполнѣ исчезаетъ. Необходимо только химически обработать струну такъ, чтобы она не слишкомъ скоро всасывалась; съ этою цѣлью Листеръ и прибавляетъ незначительное количество хромовой кислоты; такая струнная нить всасывается вполнѣ въ теченіи 20 дней.

Сюда же слѣдуетъ причислить и *карболизованный шелкъ*, который пропитывается смѣсью изъ 9 частей пчелинаго воска и 1 части карболовой кислоты; прокипятивъ шелкъ въ этой расплавленной массѣ, нити тщательно протираются сукномъ, чтобы удалить избытокъ воска. Въ такомъ видѣ онѣ сохраняются завернутыми въ кускѣ карболизованной марли; непосредственно до употребленія необходимо навощенныя нити погрузить на короткое время въ водяной растворъ карболовой кислоты. Карболизованный шелкъ употребляется для сшиванія ранъ; вышеописанная обработка дѣлаетъ его вполнѣ безгнилостнымъ и даже противугнилостнымъ; вотъ почему эти нити не раздражаютъ мѣсто уколовъ и не вызываютъ нагноенія даже въ томъ случаѣ, когда ихъ оставляютъ въ ранѣ 8—10 дней.

Дренажъ, упругій бинтъ.

6) Одно изъ главныхъ условій безгнилостнаго теченія раны—это отсутствіе какихъ бы ни было жидкостей въ полостяхъ раны. Отсюда вытекаютъ слѣдующія требованія: а) не сшивать раны прежде, чѣмъ кровотеченіе вполнѣ не унялось; б) не впрыскивать въ полости раны чрезмѣрнаго количества дезинфицирующихъ жидкостей и в) предпринять мѣры для свободнаго стока отдѣленія раны. Вотъ почему Листеръ обращаетъ особенное вниманіе на *дренажированіе* раны. Онъ употребляетъ дренажи изъ краснаго вулканизированнаго каучука съ толстыми стѣнками; боковыя отверстія занимаютъ треть стѣнки; калибръ трубки средній и большой. Дренажи сохраняются въ закрытыхъ стеклянныхъ сосудахъ, наполненныхъ воднымъ 5% растворомъ карболовой кислоты. При дренажированіи раны наружный конецъ трубки срѣзывается въ уровень съ кожею, а для того, чтобы этотъ конецъ не ускользалъ въ полость раны, чрезъ трубку проводятся двѣ нити, которыя завязываются узломъ; при покрываніи раны protective-silk нужно нити дренажа растянуть и прижать къ кожѣ первыми слоями

повязки. Во всякомъ случаѣ необходимо слѣдить за тѣмъ, чтобы чрезъ наружный конецъ дренажа былъ свободный стокъ жидкости, скопляющейся въ ранѣ.

7) Наконецъ, съ цѣлью сдѣлать повязку болѣе герметическою, Листеръ закрѣпляетъ ее по окраинамъ ходами упругаго бинта, какъ это представлено выше (см. рис. 5 и 7, стр. 62 и 64).

Этими средствами Листеръ первый достигъ идеала хирурговъ— *сдѣлать рану вполнѣ безгнилостною.* Если мысленно пробѣжать исторію леченія травматическихъ поврежденій, то нетрудно найти, что всѣ матеріалы, употребляемые Листеромъ, примѣнялись гораздо раньше его различными хирургами для обеззараживанія ранъ, тѣмъ не менѣе, никто до Листера не достигалъ цѣли. Такъ, напримѣръ, французскій хирургъ Жюль Лемэръ (Jules Lemaire) еще въ 1860 предлагалъ дезинфицировать раны карболовой кислотой, въ видѣ настоя изъ «coal tar saponine»; другой хирургъ той же школы, знаменитый Мальгенъ [1]), употреблялъ орошеніе раны различными обеззараживающими средствами (какъ, алкоголь, окись свинца и т. п.); третій—Жюль Геренъ (Jules Guérin) [2]) выработалъ методъ герметической ватной повязки съ цѣлью предупредить доступъ воздуха къ ранѣ; четвертый— Шассеньякъ (Chassaignac) первый ввелъ въ употребленіе дренажированіе раны; наконецъ, даже cat-gut давно былъ извѣстенъ въ хирургической практикѣ подъ названіемъ бараньихъ нитей. По указаніямъ Мэк-Кормака [3]), проф. Физикъ (Physik) первый сталъ употреблять лигатуры изъ животной ткани. Тѣмъ не менѣе, въ рукахъ всѣхъ этихъ изобрѣтателей антисептическихъ средствъ раны протекали весьма скверно: заживленіе всегда сопровождалось обильнымъ нагноеніемъ; нерѣдко раны осложнялись различными заразами въ видѣ рожи, гное- и гнилокровія, которыя уносили въ могилу большую часть оперированныхъ или раненыхъ.

Въ чемъ же собственно сила Листеровскаго способа леченія ранъ? Въ его строго выработанной системѣ. Вполнѣ справедливо говоритъ современный нѣмецкій клиницистъ и весьма компетентный историкъ по хирургіи проф. Барделебенъ [4]):

---

[1]) *De l'irrigation dans les maladies chirurgicales.* Thèse de concours, Paris 1842.

[2]) *Histoire de la Chirurgie française par Rochard.* Paris 1875.

[3]) Mac-Carmac, Surgical Operations. Part. I. The ligatures of arteries, стр. 29. London 1985.

[4]) *Ueber die Theorie der Wunden*, von Bardeleben, Berlin 1878.

«Давно уже извѣстно было, что магнитъ притягиваетъ желѣзо; давно также знали, что желѣзная проволока можетъ быть магнетизирована, если пропустить чрезъ нее гальваническій токъ; но, чтобы воспользоваться этимъ свойствомъ проволоки для обмѣна мыслей, необходимо было еще *изобрѣсти* телеграфъ. Тоже самое мы должны признать за современнымъ способомъ леченія ранъ. Безъ сомнѣнія, «что Листеръ не открылъ ни бактерій, ни карболовой кислоты; но «онъ съ желѣзною послѣдовательностью (mit eiserner Consequenz) доказалъ, что не можетъ быть гніенія безъ присутствія зародышей, которые милліардами кишатъ въ воздухѣ; далѣе, онъ съумѣлъ связать «свою теорію съ хирургическою практикою, доказавъ ея примѣнимость «къ ранамъ человѣческаго тѣла. Вотъ эта-то примѣнимость и есть «*открытіе* Листера,—открытіе, вполнѣ достойное занять мѣсто на «ряду съ лучшими изобрѣтеніями врачебнаго искусства».

Въ заключеніе своего очерка о дѣятельности Листера, какъ представителя новаго направленія въ хирургіи, я считаю небезъинтереснымъ познакомить читателя съ частною бактеріологическою лабораторіею д-ра Уатсона-Чейне, какъ самаго энергичнаго послѣдователя Листеровскаго ученія. Частная бактеріологическая лабораторія Уатсона-Чейне.

Однимъ изъ мотивовъ, побудившихъ меня весною 1885 г. вторично поѣхать въ Лондонъ, было желаніе познакомиться съ методами изслѣдованія Уатсона-Чейне въ его лабораторіи. Еще въ 1884 г., во время гигіэнической выставки (Health Exhibition) въ Лондонѣ, я видѣлъ весьма поучительные бактеріологическіе препараты въ одномъ изъ отдѣленій выставки, въ зданіи Kensington-museum, которые демонстрировалъ Уатсонъ-Чейне посѣтителямъ выставки, интересовавшимся этимъ вопросомъ.

Но я крайне изумился, когда при первой встрѣчѣ его въ King's College hospital, онъ мнѣ объяснилъ, что у него, къ сожалѣнію, нѣтъ лабораторіи въ той медицинской школѣ, гдѣ онъ читаетъ студентамъ лекціи по теоретической хирургіи; поэтому онъ вынужденъ всѣ свои изслѣдованія производить у себя на дому, въ своей частной лабораторіи. Тѣмъ не менѣе, Уатсонъ-Чейне весьма любезно предложилъ мнѣ посѣтить его и познакомиться съ нѣкоторыми усовершенствованіями по бактеріо-микроскопіи. На другой день нашего знакомства я получилъ отъ него письменное приглашеніе заѣхать къ 8-и часамъ вечера къ

нему на квартиру, на Mandeville Place 14, Manchester-Square W. Здѣсь онъ встрѣтилъ меня, какъ товарища по профессіи, и предложилъ мнѣ прежде побесѣдовать о способахъ преподаванія медицинскихъ наукъ въ Россіи и заграницей. Нужно замѣтить, что Уатсонъ-Чейне одинъ изъ тѣхъ немногихъ врачей Лондона, которые интересуются медициной, какъ общеобразовательной наукой. Онъ самъ воспитанникъ Эдинбургскаго университета и въ 1879 г. избранъ членомъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» въ Лондонѣ, куда онъ переѣхалъ вмѣстѣ съ проф. Листеромъ. Затѣмъ онъ неоднократно предпринималъ научныя экскурсіи по континенту, работалъ въ Берлинѣ, въ лабораторіи Р. Коха, посѣщалъ клиники въ Вѣнѣ, Страсбургѣ и Парижѣ. Во время непродолжительной холеры въ Парижѣ (въ 1884 г.) Уатсонъ-Чейне на свои собственныя средства поѣхалъ туда изучать холеру согласно новѣйшимъ требованіямъ бактеріологіи; результатомъ этихъ наблюденій явилась его работа «*The Cholera-Bacillus*», напечатанная въ іюльскихъ №№ British Medical Journal 1885. Вообще имя Уатсона-Чейне встрѣчается въ англійской медицинской литературѣ весьма часто; такъ, напр., кромѣ его классической книги «*Antiseptic Surgery, its Principles, Practice, History and Results*», которую я цитировалъ выше, онъ написалъ цѣлый рядъ работъ по различнымъ вопросамъ бактеріологіи, имѣющимъ связь съ хирургіею, какъ-то:

1) *On the relation of organisms to antiseptic dressings* [1]. *(Объ отношеніи организмовъ къ безгнилостной повязкѣ).*

2) *Investigations into the etiology of traumatic infective diseases* [2]. *(Изслѣдованія относительно этіологіи травматическихъ заразительныхъ болѣзней).*

3) *On a new method of arresting gonorrhoea* [3]. *(Новое средство задержать гонорреею).*

4) *On the relation of microorganisms to tuberculosis* [4]. *(О роли микроорганизмовъ въ бугорчаткѣ).*

5) *Microorganisms in Purpura haemorrhagica.* [5] *(О микроорганизмахъ при болѣзни «purpura haemorrhagica»).*

---

[1]) См. Trans. Pathol. Society 1879.
[2]) См. Syd. Soc. 1880.
[3]) British Med. Journal 1880 и Lancet 1882.
[4]) См. Practitioner, 1883.
[5]) См. Trans. Pathol. Society. 1884.

6) *Micrococci in relation to wounds, abscessus and septic processes*[1]. *(Объ отношеніи микрококковъ къ ранамъ, нарывамъ и гнилостнымъ процессамъ).*

7) *Manuel of the antiseptic treatement of the wounds*[2]. *(Руководство къ противугнилостному леченію ранъ).*

8) *Microparasites in disease*[3]. *(О микропаразитахъ при болѣзняхъ)* и другія сочиненія, касающіяся общей хирургіи.

Въ настоящее время Уатсонъ-Чейне состоитъ ассистентомъ по хирургіи въ King's College hospital при проф. Листерѣ. Но его роль совсѣмъ не та, какую мы привыкли видѣть у ассистентовъ нашихъ или германскихъ клиникъ; по своей дѣятельности онъ скорѣе долженъ носить званіе адъюнктъ-профессора, ибо онъ вполнѣ замѣняетъ Листера въ случаѣ его отсутствія: онъ обходитъ палаты въ сопровожденіи студентовъ, читаетъ лекціи и даже оперируетъ въ часы, назначенные для профессора Листера; но онъ вовсе не бываетъ въ аудиторіи, когда профессоръ читаетъ или самъ оперируетъ; короче, Уатсонъ-Чейне *не помогаетъ* Листеру во время его работы, *а замѣняетъ* его. Кромѣ того, онъ самостоятельно завѣдуетъ амбуляторнымъ пріемомъ больныхъ въ King's College hospital и, по личному усмотрѣнію, опредѣляетъ нѣкоторыхъ изъ приходящихъ больныхъ въ стаціонарные больные Листеровской клиники. Въ зимнемъ семестрѣ 1887 г. Уатсонъ-Чейне читалъ курсъ лекцій въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» въ Лондонѣ.

Частная лабораторія д-ра Уатсона-Чейне состоитъ изъ небольшой рабочей комнаты, приспособленной для микроскопическихъ изслѣдованій; рядомъ съ ней маленькій чуланъ, гдѣ хранятся различные препараты, а въ подвальномъ этажѣ—кухня, въ которой находятся согрѣвательная печь и другія приспособленія, необходимыя для бактеріологическихъ изслѣдованій. Различные виды микроорганизмовъ Уатсонъ-Чейне разводитъ въ обезпложенныхъ настояхъ, равно какъ на Коховской желатинѣ и на картофелѣ. Во время моего перваго посѣщенія добродушный и весьма гостепріимный хозяинъ три часа подъ рядъ демонстрировалъ мнѣ множество микроскопическихъ препаратовъ по сибирской язвѣ, чахоткѣ, холерѣ и еще особенной инфекціонной

---

[1]) British Medical Journal. Sept. October 1884.
[2]) London 1885.
[3]) New Syd. Society 1886.

болѣзни, такъ назыв. *Foulbrood.* Всѣ эти препараты были въ высшей степени демонстративны и вполнѣ убѣдительны: такъ, напр., на одномъ микроскопическомъ препаратѣ я видѣлъ картину развитія бацилла изъ споръ; въ полѣ микроскопа видно было ясно, какъ на схематическомъ рисункѣ, отдѣльныя споры въ видѣ небольшаго яйца, овальной формы, контуры его рѣзко окрашены метиль-віолетомъ; рядомъ съ этимъ легко было видѣть такіе-же микроорганизмы, но въ центрѣ которыхъ уже замѣтны были палочки; послѣднія изъ периферіи иныхъ ячеекъ выходили, какъ-бы вылуплялись; и наконецъ, видны были пустыя ячейки и отдѣльные ясно обрисованные бациллы. Этотъ препаратъ показывалъ развитіе бактеріи при инфекціонной болѣзни *Foulbrood.* Работа эта есть самостоятельное изслѣдованіе Уатсона-Чейне, которую онъ намѣренъ былъ обнародовать въ журналѣ «British Microscopical Journal». Другіе препараты относились къ развитію бугорчатки въ паренхимѣ мужскаго яичка, къ сибирской язвѣ и т. п.

Считаю нужнымъ замѣтить, что подобные же препараты, видѣнные мною въ лабораторіи Коха въ 1884 г., казались мнѣ менѣе убѣдительными, нежели препараты Уатсона-Чейне, быть можетъ, потому, что послѣдній производитъ свои микроскопическія изслѣдованія помощью особеннаго усовершенствованнаго микроскопа, сдѣланнаго по заказу Уатсона-Чейне знаменитымъ оптикомъ въ Лондонѣ Поуэлль-Лилендомъ [1]) (Powell-Lealand). Усовершенствованія этого микроскопа въ главныхъ чертахъ состоятъ въ слѣдующемъ:

1) Помощью особенной парафиновой лампочки, дающей линеарное пламя, свѣтъ пропускается на объективное стекло сзади послѣдняго; лучи этого искусственнаго свѣта до того ярки, что необходимо помощью особенной діафрагмы пропускать только нѣсколько лучей. По увѣренію Уатсона-Чейне, электрическая лампочка Эдиссона, выставленная на послѣдней выставкѣ изобрѣтеній (Inventions Exhibition) въ Лондонѣ, въ 1885 году, не даетъ такого яркаго свѣта, какъ Лилендовская лампа.

2) На предметной пластинкѣ микроскопа находится особенный механизмъ, при помощи котораго изслѣдуемый препаратъ легко передвигается впередъ или взадъ, вверхъ или внизъ, и вправо или влѣво, въ то время, какъ наблюдатель смотритъ въ трубку микроскопа, согнутую

---

[1]) Адресъ этого фабриканта: London 170, Euston-Road.

подъ угломъ въ 45°; при этомъ приспособленіи препаратъ устанавливается самымъ точнымъ образомъ въ фокусѣ объективной линзы, и на разсматриваемый предметъ не падаетъ никакихъ лучей разсѣяннаго свѣта.

3) Особенная діафрагма, конструированная д-ромъ Нильсономъ (Nelson), дѣлаетъ поле зрѣнія микроскопа совершенно матово-чернымъ, тогда какъ микроорганизмы, окрашенные метильвіолетомъ или другими анилиновыми красками, принимаютъ золотистый цвѣтъ. Картина такого препарата до того поразительна, что ее трудно передать на словахъ: золотистая сѣть длинныхъ нитей bacillus anthracis такъ рѣзко и отчетливо выступала на черномъ полѣ, что мнѣ казалось, будто на черномъ сукнѣ вышита золотистыми шелками микроскопическая картина этихъ низшихъ организмовъ, состоящихъ изъ ряда отдѣльныхъ суставцевъ или члениковъ; на другихъ разводкахъ тѣ же bacilli anthracis представлялись въ формѣ пучка золотистыхъ иглъ, подобно кристалламъ.

4) По правой сторонѣ окуляра находится особенный вращательный ноніусъ, который даетъ возможность весьма точно и крайне легко измѣрить величину каждаго микроорганизма. Кромѣ того, отъ самаго окуляра падаютъ на полѣ зрѣнія микроскопа двѣ рѣзко выраженныя черты, изъ которыхъ одна устанавливается у одного конца бацилла, а другую черту, при поворачиваніи ноніуса у окуляра, подводятъ къ другому концу того же микроорганизма; черта ноніуса на кольцѣ прямо указываетъ количество дѣленій миллиметра даннаго бацилла.

5) Наконецъ, микроскопъ Уатсона-Чейне приспособленъ для фотографированія препаратовъ, представляющихся на стеклѣ весьма отчетливыми.

Чтобы дать мнѣ возможность вполнѣ безпристрастно оцѣнить достоинство этого микроскопа, Уатсонъ-Чейне пригласилъ меня еще зайти къ нему другой разъ и тогда мы разсматривали тѣ же препараты въ микроскопѣ Цейса, который пріобрѣтенъ имъ по совѣту Коха. Повторяю, что такихъ демонстративныхъ препаратовъ я не видѣлъ въ лабораторіи Коха, которую я посѣтилъ въ 1884 г., когда онъ весьма обязательно демонстрировалъ мнѣ лучшіе препараты по бугорчаткѣ и холерѣ въ Египтѣ, откуда онъ тогда недавно возвратился.

Одно неудобство вышеозначеннаго микроскопа Поуэлль-Лиленда — это крайняя его дороговизна: одинъ микроскопъ безъ лампы и микрометра стоитъ 150 фунтовъ стерлинговъ (слишкомъ 1,500 руб.). Доро-

говизну эту Уатсонъ-Чейне объясняетъ тѣмъ, что надъ однимъ инструментомъ мастеръ работалъ 18 мѣсяцевъ.

Да, посредствомъ такого снаряда нетрудно убѣдить и самого яраго скептика въ томъ, что тѣ точки и черточки, которыя якобы составляютъ плодъ пылкой фантазіи микроскопистовъ, суть дѣйствительно организмы, имѣющіе своеобразную жизнь и законы развитія.

Вообще-же, касаясь дѣятельности д-ра Уатсона-Чейне, я вынесъ впечатлѣніе о немъ, какъ объ одномъ изъ лучшихъ учениковъ школы Листера и самомъ ретивомъ послѣдователѣ его научнаго направленія въ хирургіи. Къ сожалѣнію, даже въ Англіи, нерѣдко приходится встрѣчать людей, преданныхъ наукѣ, которые вынуждены заниматься врачебной практикой, чтобы пріобрѣтать матеріальныя средства для жизни. Такъ, напр., Уатсонъ-Чейне, при всей многосторонней научной дѣятельности въ King's College hospital, получаетъ весьма ничтожное вознагражденіе за трудъ: въ 1885 г. ему былъ выданъ гонораръ за курсъ теоретическихъ лекцій по хирургіи всего 20 ф. ст. (200 руб.). Правда, званіе Assistant of Surgery — весьма почитаемое среди гражданъ — даетъ ему возможность имѣть хорошую консультативную практику въ городѣ. Но Уатсонъ-Чейне неоднократно высказывалъ мнѣ свое сожалѣніе о томъ, что онъ вынужденъ отрываться отъ научныхъ работъ и заниматься врачебной практикой за неимѣніемъ средствъ къ жизни. А между тѣмъ въ Лондонѣ жизнь врача крайне дорога; такъ, напр., за весьма скромную квартиру въ 6 комнатъ въ одномъ изъ отдаленныхъ кварталовъ Лондона, Уатсонъ-Чейне платитъ 225 ф. ст. (2,250 руб.) въ годъ. Научное же направленіе врача не особенно чтится публикой; у Листера, напримѣръ, въ городѣ частной практики много меньше, нежели у профессоровъ Смитса, Вуда и Мэкъ-Кормака; хотя доходъ проф. Листера весьма солидный: онъ зарабатываетъ, по словамъ Уатсона-Чейне, до 6,000 фунт. стерл. (60,000 руб.) въ годъ; но, по Лондонскому уровню врачебнаго заработка, эта сумма невелика.

Далѣе, Уатсонъ-Чейне передалъ, что въ 1884 г., во время гигіэнической выставки (Health-Exhibition) въ Лондонѣ, онъ былъ приглашенъ администраціей этого учрежденія въ качествѣ завѣдующаго бактеріологическимъ отдѣленіемъ выставки и за двухмѣсячный трудъ онъ получилъ вознагражденіе въ 2,000 руб. Кромѣ того, за ученую статью «Public health Laboratory Work: Part. I. Biological Laboratory» напечатанную въ медицинской газетѣ, редакція «British Medical Jour-

nal» выдала автору 1,500 руб. — Стало быть, ученый трудъ, хотя и не въ особенномъ почетѣ у англичанъ, тѣмъ не менѣе, оплачивается много выше, чѣмъ у насъ или въ другихъ государствахъ континента.

Литературные источники:

1) M. Charteries. *Three epoches in medicine.* Lancet 24/IV, 1886.

2) J. Lister. *The Germ-theory of putrefaction and other fermentative chang's* («Transactions of Royal Society» Edinbourgh, т. XXVII. 1875).

3) Watson-Cheyne. *Antiseptic Surgery, its principles, history and results.* London 1879.

4) Malgaigne. *De l'irrigation dans les maladies chirurgicales.* Thèse de concours. Paris 1842.

5) Rochard. *Histoire de la chirurgie française.* Paris 1875.

6) Bardeleben. *Ueber die Theorie der Wunden.* Berlin 1878.

7) Billroth. *Coccobacteria septica.* Wien 1874.

8) E. Fischer. *Der Lister'sche Verband und die Organismen unter demselben.* Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. т. VI. стр. 320.

9) Ranke. Centralblatt f. Chirurgie. № 13, 1874.

10) Mac-Cormac. *Antiseptic Surgery.* London 1877.

11) Tyndall («Nature» January 27, 1870).

12) Tyndall («Philosophical Transactions» 1876).

13) Rosenbach. *Mikro-Organismen bei den Wund-Infections-Krankheiten des Menschen.* Wiesbaden 1884.

14) Mac-Cormac. *Surgical operations.* Part. I. The ligatures of arteries. London 1885.

15) Watson-Cheyne. *On the relation of organisms to antiseptic dressings* (Trans. Patholog. Society. 1879).

16) Ibidem. *Investigations into the etiology of traumatic infective diseases* (Syd. Society 1880).

17) Ibidem. *On a new method of arresting gonorrhoea* («Brit. Med. Journ.» 1880 и «Lancet» 1882).

18) Ibidem. *On the relation of microorganisms to tuberculosis* («The Practitioner» 1883).

19) Ibidem. *Microorganisms in purpura haemorrhagica* («Trans. Pathol. Society» 1884).

20) Ibidem. *Micrococci in relation to wounds, abscessus and septic processes* («British Medical Journal». Sept. October. 1884).

21) Ibidem. *Manuel of the antiseptic treatément of the wounds.* London 1885.

22) Ibidem. *Microparasites in descase* (New Syd. Society. 1886).

ГЛАВА IV.

St. Thomas's hospital and medical school. Топографическое положеніе зданій. Архитектура больничныхъ палатъ. Стоимость помѣщенія каждой больничной койки. Процентъ смертности этой больницы. Общее число стаціонарныхъ и приходящихъ больныхъ за 1884—1885 г. Нѣкоторыя статистическія указанія изъ хирургическаго отдѣленія за 1882 г.—Профессоръ Мэкъ-Кормакъ. Нѣсколько словъ о его дѣятельности въ Сербіи. Устройство операціоннаго зала въ St. Thomas's hospital. Мэкъ-Кормакъ, *какъ операторъ.—Регулирующій ингаляторъ* Кловера.—Операція *Autoplastica cutis brachii.* Погрѣшности въ обеззараживаніи раны. Техника *Lithotomiae perinealis lateralis* въ рукахъ Мэкъ-Кормака. *Castratio testiculi* при hydrocele funiculi spermatici, какъ слѣдствіе ошибочнаго діагноза.—Мэкъ-Кормакъ, *какъ клиницистъ.* Внутреннее устройство хирургической клиники въ St. Tomas's hospital.—Нѣсколько клиническихъ наблюденій изъ хирургическаго отдѣленія проф. Мэкъ-Кормака.—Мэкъ-Кормакъ, *какъ ученый.* Краткій перечень его литературныхъ работъ за послѣднее десятилѣтіе. Рефераты нѣкоторыхъ трудовъ Мэкъ-Кормака.—Разборъ его руководства по Оперативной хирургіи. Два препарата изъ анатомическаго музея St. Thomas's hospital, на которыхъ видно развитіе боковыхъ сосудовъ послѣ перевязки плечевой артеріи. Развитіе анастомозовъ послѣ перевязки бедренной артеріи. Развитіе анастомозовъ послѣ закупориванія аневризмы подколѣнной артеріи. Измѣненіе содержимаго аневризматическаго мѣшка послѣ примѣненія Эсмарховскаго упругаго бинта.—Случай успѣшнаго излеченія двусторонней аневризмы подколѣнной артеріи. Общее заключеніе о Мэкъ-Кормакѣ, какъ о представителѣ современной хирургіи.—Устройство медицинской школы при St. Thomas's hospital. Нѣкоторыя историческія свѣдѣнія объ этомъ врачебно-образовательномъ учрежденіи. Чизельденъ и Эстлей Куперъ, какъ первые преподаватели этой школы. Анатомическій музей St. Thomas's hospital и нѣкоторые препараты Э. Купера.—Литературные источники.

Топографическое расположеніе зданій St. Thomas's hospital.

По правому берегу Темзы, противъ историческаго зданія англійскаго парламента, по ту сторону знаменитаго Вестминстерскаго моста, воздвигнуто въ 1871 г. одно изъ богатѣйшихъ въ архитектурномъ отношеніи зданій—St. Thoma's hospital. По крайне живописному расположенію, изящной архитектурѣ, грандіозности и оригинальности 12 от-

дѣльныхъ четырехъ-этажныхъ каменныхъ павильоновъ, больница St. Thomas's hospital есть самое красивое лечебное учрежденіе, какого мнѣ не приходилось видѣть гдѣ-либо на континентѣ Европы. Вполнѣ заслуженно лондонцы величаютъ это зданіе «народнымъ учрежденіемъ» (National Institution).

St. Thomas's hospital основанъ въ Лондонѣ еще въ 1213, при Ричардѣ, для пріюта монаховъ и бѣдныхъ дѣтей. Три съ половиною вѣка спустя, именно съ 1552 года, этому учрежденію присвоенъ былъ характеръ общественной больницы, которая помѣщалась до 1862 года въ центральной части города, около Лондонскаго моста (London-Bridge); но Общество юго-западной желѣзной дороги Лондона пріобрѣло за большія суммы необходимый ему участокъ земли, и тогда больница перенесена была на свое теперешнее мѣстоположеніе.

Архитектура больничныхъ палатъ.

Зданіе больницы, вмѣстѣ съ учебно-вспомогательными учрежденіями медицинской школы, состоитъ изъ ряда отдѣльныхъ каменныхъ павильоновъ, расположенныхъ параллельно и отдѣленныхъ другъ отъ друга широкими площадками, усѣянными цвѣточными клумбами. Главный фасадъ больничнаго зданія обращенъ къ западу и выходитъ на самую набережную Темзы; но вблизи зданія нѣтъ ни улицы, ни пристани; съ этой стороны видна только весьма изящная, высокая, желѣзная ограда, окаймляющая все зданіе St. Thomas's hospital. Входъ въ больницу расположенъ съ противуположной (восточной) стороны зданія чрезъ улицу Lambeth Palace Road; по этой сторонѣ все зданіе представляется въ видѣ длиннаго замка или дворца; наконецъ, третья сторона зданія обращена къ сѣверу, по направленію весьма шумной и многолюдной улицы, такъ назыв. Westminster Bridge Road; но въ этомъ флигелѣ не помѣщаются больничныя палаты, а расположены квартиры для администраціи и служащихъ при больницѣ лицъ. Каждый павильонъ имѣетъ 4 этажа, и въ каждомъ этажѣ по одной больничной палатѣ, длиною въ 120 фут., шириною въ 28 фут. и вышиною въ 15 фут. Въ подобной палатѣ размѣщены 28—30 коекъ; среднимъ числомъ на каждую койку приходится 1,800 куб. футовъ, а въ отдѣленіи для заразныхъ болѣзней 2,500 куб. футовъ пространства. Главные ряды оконъ въ палатѣ обращены на сѣверъ и югъ, по 14 оконъ на каждой сторонѣ и на такой высотѣ, что больные могутъ выглядывать чрезъ окна. У простѣнковъ между оконъ разставлены койки, изголовьями обращенныя къ стѣнѣ; по каждой сторонѣ палаты 14—15 коекъ. Въ srединѣ залы устроены, въ видѣ колоннъ, три камина, протапливаемые

и лѣтомъ, такъ какъ ихъ назначеніе—вентилировать палатный воздухъ; въ зимнее же, холодное время года, залы отапливаются еще паромъ, проходящимъ по трубамъ, расположеннымъ въ полу вдоль стѣнъ. Стѣны, потолокъ и колонны выкрашены свѣтлой масляной краской въ одинъ цвѣтъ. На сторонѣ, противуположной входу въ палату, имѣется широкая стеклянная дверь, ведущая на балконъ, обращенный къ Темзѣ. Вблизи каждой большой палаты находится небольшая комната для двухъ коекъ; кромѣ того, имѣются по сторонамъ балкона особенные выступы, гдѣ устроены ватерклозетъ, ванна и уборная комната для больныхъ; эти помѣщенія снабжены окнами со всѣхъ четырехъ сторонъ, вслѣдствіе чего въ нихъ воздухъ постоянно провѣтривается; нечистоты падаютъ внизъ въ особенные резервуары, которые легко подвижны и могутъ быть часто смѣняемы. Потолки въ палатахъ устроены безъ всякихъ выступовъ, совершенно плоски, а верхняя линія оконъ упирается непосредственно въ потолокъ; этимъ путемъ достигается стремленіе вентилировать постоянно верхній слой больничнаго воздуха.— Кромѣ того, верхняя треть каждаго окна створчата и откидывается по направленію кнаружи.

Подвальный этажъ каждаго павильона построенъ на цементныхъ устояхъ, связанныхъ сводами; стѣны, обращенныя къ Темзѣ, имѣютъ фундаментъ въ 22 фута глубиною; противуположная сторона зданія углубляется всего на 10 футовъ въ землю.

Подвальный и первый этажъ павильоновъ сообщаются съ продольнымъ зданіемъ больницы посредствомъ длиннаго корридора, откуда проведены широкія каменныя лѣстницы въ каждый этажъ павильона; лѣстницы и корридоры снабжены паровымъ отопленіемъ.

Все зданіе больницы приспособлено для 600 коекъ и устройство его вмѣстѣ съ инвентаремъ обошлось 6.000,000 руб.; стало быть, помѣщеніе для одного стаціонарнаго больнаго стоитъ 10,000 руб.

Ежегодный доходъ этого учрежденія достигаетъ до 440,000 руб., но изъ нихъ сумма въ 80,000 руб. идетъ на уплату долговъ. Вообще финансовыя дѣла St. Thomas's hospital, вслѣдствіе чрезмѣрной роскоши помѣщенія, находятся въ такомъ стѣсненномъ положеніи, что администрація больницы была вынуждена исключить 140 постоянныхъ коекъ и, кромѣ того, отдѣлить опредѣленное число коекъ, на которыя помѣщаются *платные* больные; эта мѣра, вообще говоря, въ лондонскихъ общественныхъ больницахъ практикуется весьма рѣдко; плата за боль-

личную койку вмѣстѣ съ леченіемъ и продовольствіемъ взимается въ размѣрѣ 8 шиллинговъ (свыше 4 руб.) въ день.

Штатъ врачей при St. Thomas's hospital состоитъ изъ семи терапевтовъ, семи хирурговъ, двухъ акушеровъ, одного офтальмолога, одного дантиста, трехъ ассистентовъ, четырехъ домашнихъ врачей (house-surgeons or physicians) и множества младшихъ помощниковъ въ должностяхъ dressers, clinical clarks and junior officers.

Уходъ за больными предоставленъ извѣстной общинѣ «Nightingale Fund», которая доставляетъ къ услугамъ больницы 40 сестеръ милосердія; всѣ онѣ помѣщаются въ зданіи больницы и для каждой отведена особенная спальная комната.

Въ 1884—1885 учебный годъ въ этой больницѣ пользовались 4,816 коечныхъ и 79,019 приходящихъ больныхъ. Статистическія данныя изъ хирургическаго отдѣленія.

Подъ хирургическое отдѣленіе отведена 241 койка, на которыхъ въ теченіи 1882 года перебывало 2,428 больныхъ обоего пола, а именно:

	м.	ж.	всего.
выздоровѣло	820	651	1471
получило облегченіе . .	529	215	744
выписалось безъ успѣха	24	21	45
умерло.	107	61	168
	1480	948	2428

Слѣдовательно, процентъ смертности = 6,9%. Среднее пребываніе каждаго стаціонарнаго больнаго = 30,3 дня [1]).

Хирургическое отдѣленіе помѣщается въ центрѣ зданія; входъ, со стороны Lambeth Palace Road, ведетъ въ обширное свѣтлое vestibulum, по сторонамъ котораго выставлены на порфировыхъ цоколяхъ мраморные бюсты врачей, работавшихъ въ St. Thomas's hospital; между ними я видѣлъ бюстъ Вилліама Листера, пожертвованный его сыномъ въ 1871 г.; далѣе, Чизельдена—отъ его учениковъ и много другихъ знаменитыхъ хирурговъ, восходящихъ до 1812 года.

Клиницистовъ по хирургіи въ этомъ госпиталѣ числится четыре: Вилліамъ Мэкъ-Кормакъ, Джонсъ, Крофтъ и Мэзонъ; но я лично ознакомился только съ практическою и учебною дѣятельностью перваго изъ нихъ.

Мэкъ-Кормакъ въ 1858 г. вышелъ изъ Ирландскаго Queen's Профессоръ Мэкъ-Кормакъ.

[1]) Приведенныя числа заимствованы мною изъ книги «*St. Thomas's hospital Reports*. Edited by Seymoor, J. Charkey and Francis Mason т. XII. London 1883, стр. 271.

University со званіемъ врача; въ 1864 получилъ званіе члена «Коллегіи Хирурговъ» въ Ирландіи (F. R. C. S. I.); затѣмъ переселился въ Лондонъ и съ 1871 г. состоитъ профессоромъ по клинической хирургіи въ медицинской школѣ при St. Thomas's hospital. Имя Мэкъ-Кормака извѣстно въ медицинской литературѣ не только англійской, но и французской, нѣмецкой, итальянской и даже, какъ указываетъ «*Medical Directory*» *за 1887 г.*, и въ японской и въ русской литературѣ по переводамъ его классическихъ сочиненій: «*Notes and Recollections of an Ambulance Surgeon*» 1871 г. и «*Antiseptic Surgery, its Principles and Practice*» 1880 г. На послѣднее сочиненіе вышеупомянутый сборникъ указываетъ, будто оно переведено и на русскій языкъ; въ справедливости этого указанія я позволяю себѣ усумниться: ни одного переводнаго сочиненія Мэкъ-Кормака на русскомъ языкѣ я до сихъ поръ не видѣлъ.

Но, кромѣ упомянутыхъ трудовъ, Мэкъ-Кормакъ вообще обнародовалъ въ англійской печати не мало: онъ писалъ о грыжахъ, о поврежденіяхъ сочлененій, объ операціяхъ въ полости живота («Abdominal Surgery») и еще весьма недавно выпустилъ руководство по Оперативной Хирургіи; съ достоинствомъ этого послѣдняго сочиненія я полагаю познакомить читателя болѣе подробно въ концѣ этой главы.

Дѣятельность его въ Сербіи въ 1876 г.

Впервые я познакомился съ проф. Мэкъ-Кормакомъ въ Сербіи, въ 1876 г., когда онъ случайно заѣхалъ въ городокъ Чупрію и осматривалъ тамъ открытый мною деревянный баракъ для раненыхъ. Хотя это дѣло «давно минувшихъ дней», я все-таки считаю себя обязаннымъ выразить Мэкъ-Кормаку мою благодарность за пожертвованные имъ инструменты въ Чупрійскій баракъ, въ которыхъ я тогда нуждался. Тогда проф. Мэкъ-Кормакъ произвелъ на меня впечатлѣніе весьма энергичнаго и распорядительнаго хирурга на полѣ брани. По Сербіи онъ обыкновенно разъѣзжалъ въ особенныхъ, англійской конструкціи, военно-полевыхъ фурахъ, въ сопровожденіи ассистента, д-ра Мэкъ-Келлера (Mac-Kellar) и нѣсколькихъ молодыхъ студентовъ. Весь этотъ отрядъ въ 1876 г. оказывалъ раненымъ весьма полезную и цѣлесообразную помощь—онъ транспортировалъ ихъ въ Бѣлградскій госпиталь, открытый Miss Nightingale.

Не такимъ я нашелъ проф. Мэкъ-Кормака въ Лондонѣ, въ 1885 году, когда я его въ первый разъ видѣлъ въ палатѣ St. Thomas's hospital, во время его обхода клиники: его походка, движенія рукъ и сама рѣчь были какъ-то неповоротливы, вялы и неохотны, на его лицѣ ле-

жала какая-то печать усталости. По лѣтамъ проф. Мэкъ-Кормакъ— человѣкъ не старый: онъ смотритъ человѣкомъ, приближающимся къ пятому десятку; его необыкновенно высокій ростъ, широкоплечесть и сильно развитая мышечная система придаютъ его фигурѣ видъ атлета.

18/VI 1885 г. я представился проф. Мэкъ-Кормаку и объяснилъ ему цѣль моего посѣщенія; онъ пригласилъ меня прямо въ операціонный залъ, гдѣ ему предстояло произвести двѣ операціи: amputationem linguae и autoplasticam brachii.

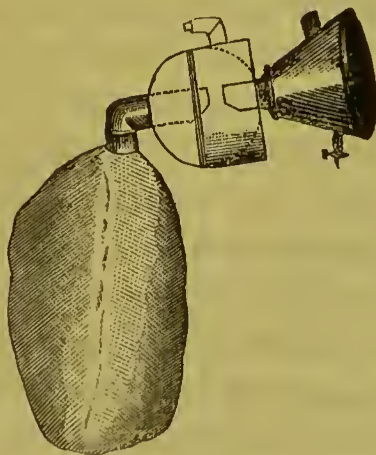
Устройство операціоннаго зала.

Операціонный залъ занимаетъ верхніе два этажа одного изъ среднихъ павильоновъ больницы St. Thomas's hospital и служитъ вмѣстѣ и хирургическою аудиторіею для студентовъ медицинской школы. Въ этой залѣ мѣста для слушателей расположены амфитеатромъ, но скамеекъ нѣтъ, такъ что студентамъ приходится стоять во время чтенія лекцій; впереди ограды, отдѣляющей амфитеатръ отъ операціонной арены, поставленъ рядъ стульевъ для гостей и хирурговъ. Обширная зала освѣщается сверху чрезъ стеклянный навѣсъ и сбоку чрезъ широкое и высокое окно; свѣтъ падаетъ сзади зрителей.

Мэкъ-Кормакъ, какъ операторъ.

Операціонная арена весьма просторна; изъ нея ведетъ выдвижная дверь въ особенную комнату, гдѣ больные подвергаются наркотизаціи подъ наблюденіемъ особеннаго спеціалиста, и оттуда ихъ вводятъ въ операціонный залъ уже вполнѣ занаркотизированнымъ. Въ клиникѣ проф. Мэкъ-Кормака наркозъ вызывается парами эфира, который дается больному вдыхать чрезъ особенный снарядъ, такъ называемый «*регулирующій ингаляторъ*» Кловера (см. рис. 20).

Рис. 20.



Аппаратъ Кловера для анэстезированія парами эфира.

Наркотизированіе больныхъ предоставлено вполнѣ такъ называемому хлороформисту, который во время операціи безпрерывно слѣдитъ за дыханіемъ оперируемаго.

Помощниками при операціи служатъ: одинъ врачъ (house-surgeon), четыре студента высшихъ курсовъ (dressers), инструментаріусъ и нѣсколько сестеръ милосердія. Вообще же говоря, всѣ эти ассистенты мнѣ казались недостаточно опытными, ибо оператору приходилось на каж-

домъ шагу указывать — что́ дѣлать: какъ уложить больнаго, чѣмъ обмывать операціонное поле, гдѣ и что прижать, какъ перевязывать рану и т. п.

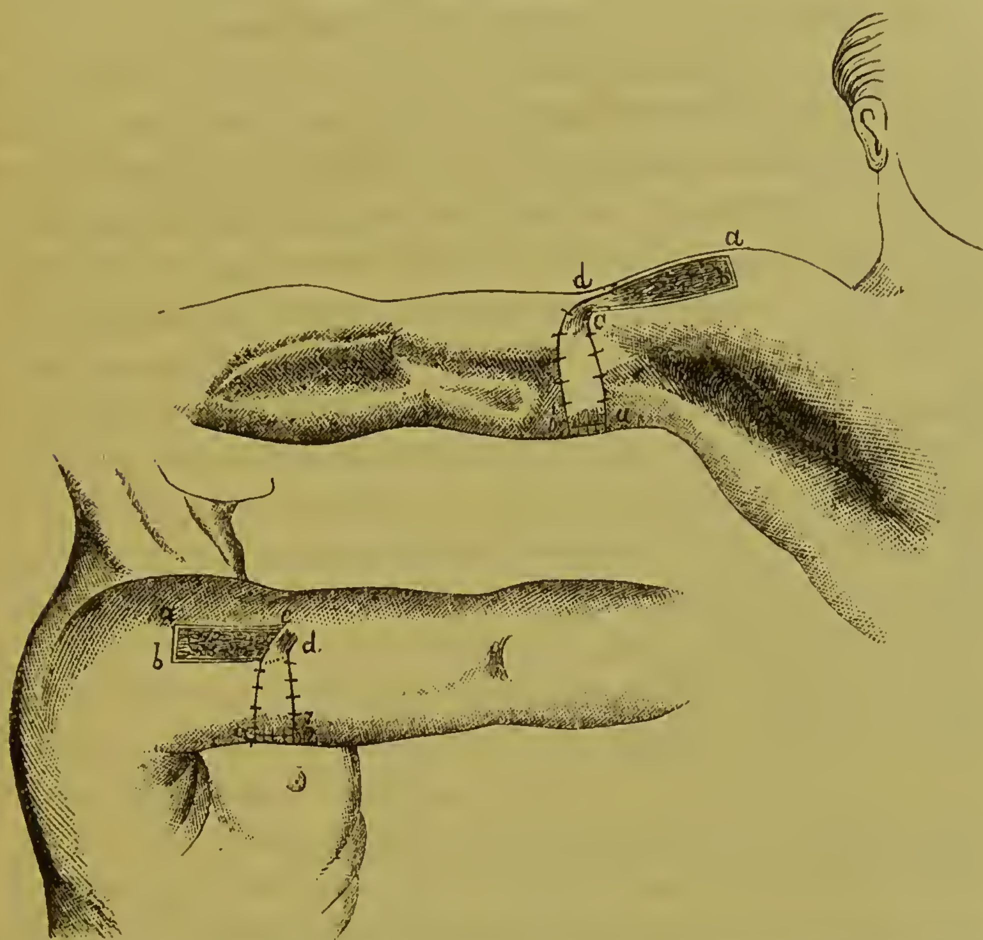
Autoplastica cutis brachii.

Наблюденіе X. Autoplastica cutis brachii. Показаніе — обширное рубцевое сокращеніе кожи по внутренней поверхности лѣваго плеча, вблизи подкрыльцевой впадины, препятствовало рабочему отводить плечо отъ туловища. Такъ какъ кожа на надплечьи и плечѣ не представляла достаточнаго матеріала для покрытія того дефекта, который получится послѣ удаленія обширныхъ рубцевъ, то Мэкъ-Кормакъ составилъ себѣ планъ такого рода: сначала онъ выкроитъ длинный лоскутъ кожи съ передней поверхности предплечья той-же конечности и пересадитъ его вверхъ на внутренней поверхности плеча, послѣ удаленія рубцевой ткани въ нижней части послѣдняго; затѣмъ, когда этотъ лоскутъ приростетъ, онъ поперечно разсѣчетъ рубецъ въ подкрыльцевой впадинѣ и покроетъ дефектъ двумя лоскутами, заимствованными съ передне-наружной и съ задне-внутренней поверхностей того же плеча. — Планъ былъ составленъ вполнѣ раціонально и цѣлесообразно, но выполнить его было нелегко, особенно вторую часть.

Техника операціи (18/VI, 1885). Когда я впервые видѣлъ этого больнаго, то нижняя часть лѣваго плеча была уже покрыта лоскутомъ кожи, пересаженнымъ съ предплечья. Но больной все-таки не могъ отводить конечность отъ туловища: этому препятствовалъ толстый рубецъ на мѣстѣ прикрѣпленія mm. pectorales къ плечевой кости. Поэтому операторъ сначала а) *разсѣкъ поперечно рубецъ,* послѣ чего получился дефектъ кожи шириною въ три поперечныхъ пальца; тогда б) *онъ выкроилъ продолговатый лоскутъ* (abcd) *и,* перекрутивъ его у ножки, *пересадилъ его по направленію внизъ и внутрь* (см. рис. 21), *параллельно нижней границѣ подкрыльцевой впадины;* в) *такой-же формы лоскутъ былъ выкроенъ и на задней поверхности верхней части плеча* (см. рис. 21, влѣво); когда этотъ послѣдній лоскутъ былъ опущенъ внизъ по задней окружности дефекта, то поперечные края обоихъ лоскутовъ встрѣтились и соприкасались другъ къ другу. г) Теперь операторъ *наложилъ швы* между краями (ca′, db′) пересаженныхъ лоскутовъ и границами (a′ b′) образовавшагося дефекта послѣ разсѣченія рубцевой ткани; результатомъ всѣхъ этихъ манипуляцій получился вмѣсто рубца родъ кожнаго браслета, охватывающаго верхнюю окружность плеча. — Операція обѣщала успѣхъ, но самое производство ея было весьма кропотливое: два часа Мэкъ-Кормакъ

работалъ, обливаясь потомъ, не смотря на то, что онъ оперировалъ безъ сюртука и въ присутствіи десятка слушателей въ весьма просторной залѣ. Вообще говоря, въ рукахъ Мэкъ-Кормака дѣло на этотъ разъ,

Рис. 21.



Autoplastica, произведенная Мэкъ-Кормакомъ, при рубцевомъ сокращеніи кожи на плечѣ.

какъ говорится, не спорилось: то пинцетъ не держалъ, то игла не прокалывала кожу, то кровь заливала поле операціи и т. п. Впрочемъ, такого рода пластическія операціи требуютъ всегда много времени, сообразительности и, главное, терпѣнія, въ недостаткѣ котораго нельзя упрекнуть Мэкъ-Кормака. Онъ ясно сознавалъ, что этотъ нелегкій трудъ можетъ вознаградиться весьма успѣшнымъ результатомъ. Я хочу этимъ сказать, что цѣлесообразно предпринятая пластическая операція, послѣ обширныхъ потерь покрововъ, даетъ иногда возможность возстановить функцію такой конечности, которая считалась больнымъ совершенно негодною. Интересующимся этимъ вопросомъ оперативной хи-

ругіи я могу указать на новѣйшія работы Вагнера (изъ Кёнигсгюта), Гельфриха и Ганса Шмидта [изъ Штетина [1])].

Нѣкоторыя погрѣшности въ антисептикѣ.

Уже при этой операціи я замѣтилъ, что Мэкъ-Кормакъ—сторонникъ Листера; онъ слѣдуетъ строгимъ правиламъ безгнилостной хирургіи: операціонное поле тщательно брѣется и вымывается карболовой кислотой; инструменты погружаются въ растворъ карболовой кислоты; свѣжія раны покрываются всѣми слоями Листеровской повязки, не исключая protective silk и мэкентоша. Но, рядомъ съ этимъ, мнѣ казалось страннымъ—позволить больнаго класть на операціонный столъ въ его фланелевой рубахѣ, далеко не безупречной, или употреблять при операціи губки, вымываемыя въ каменной ваннѣ также небезупречной чистоты; наконецъ, и сестры милосердія, одѣтыя, правда, весьма опрятно, нерѣдко роняли на землю губки, инструментъ или перевязочный матеріалъ и, не вымывъ ихъ въ карболовой кислотѣ, подавали ихъ оператору. Словомъ, я замѣтилъ, что на операціонной аренѣ Мэкъ-Кормака не господствуетъ та строгая дисциплина безгнилостной хирургіи, какая видна въ клиникѣ Листера и еще болѣе усвоена помощниками германскихъ хирурговъ.

Вышеописаннаго оперированнаго Мэкъ-Кормакъ перевязалъ слѣдующимъ образомъ: свѣжую рану онъ покрылъ кускомъ protective-silk, затѣмъ опылилъ окружность раны порошкомъ іодоформа, наложилъ слой салициловой ваты и поверхъ послѣдней—нѣсколько слоевъ Листеровской марли, мэкентошъ и фланелевый бинтъ.

Этотъ больной два часа подрядъ находился въ глубокомъ наркозѣ и былъ вынесенъ въ палату еще въ сонномъ состояніи.

Вторая назначенная операція—amputatio linguae—была отложена на другой разъ.

Lithotomia perinealis lateralis.

Наблюденіе XI. Lithotomia perinealis lateralis. Эту операцію проф. Мэкъ-Кормакъ производилъ у 10-лѣтняго мальчика, страдавшаго нѣсколько лѣтъ затрудненнымъ мочеиспусканіемъ, постояннымъ раздраженіемъ въ половомъ членѣ и по временамъ у больнаго показывалась кровавая моча. Инструментальное изслѣдованіе полости пузыря указывало на присутствіе инороднаго тѣла, вѣроятнѣе всего, мочеваго камня.

Въ операціонной залѣ и на этотъ разъ присутствовало не болѣе 10

---

[1]) XVI Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin 1887.

студентовъ, кромѣ нѣсколькихъ иностранныхъ врачей, среди которыхъ былъ и Н. Т. Склифосовскій изъ Москвы.

Техника операціи (4, VII 1885). Ребенка занаркотизировали эфиромъ помощью Кловеровскаго аппарата. Придавъ больному положеніе à la taille, его ручныя кисти привязали къ ступнямъ, а эти послѣднія къ столу (классическій способъ фиксированія больнаго при камнесѣченіи). Затѣмъ операторъ сѣлъ на табуретъ en face къ промежности, ввелъ дѣтскій желобоватый проводникъ (itinerarium) въ мочевой пузырь и передалъ инструментъ въ руки одному изъ помощниковъ. Теперь а) *онъ свободной рукой провелъ боковой разрѣзъ* отъ средины raphe промежности къ лѣвому сѣдалищному бугру (tuber ischii sin.) вглубь *вплоть до пузыря;* при этомъ кровь брызнула сильной струей прямо въ лицо оператору; но послѣдній, ничуть не смущаясь, б) *быстро вставилъ лѣвый указательный палецъ* въ рану, проникъ верхушкою пальца въ пузырь и по пальцу провелъ небольшія литотомическія щипцы, которыми онъ в) *весьма легко захватилъ* свободное *инородное тѣло* и вытащилъ его наружу; это былъ камень. Между тѣмъ, кровотеченіе, хотя слабѣе прежняго, продолжалось; тогда операторъ торсіоннымъ пинцетомъ захватилъ брызжущій сосудъ и перевязалъ его струнною нитью, послѣ чего кровотеченіе унялось. Наконецъ, окружность раны обмыли смоченною въ карболовой кислотѣ губкою и операція считалась оконченною.

Ни прополаскиванья пузыря, ни введенія катетера à demeure, никакой дренажной трубки не было примѣнено. Рану покрыли кускомъ марли, бедра больнаго связали вмѣстѣ и еще въ сонномъ состояніи его перенесли въ палату.

Вся операція длилась неболѣе 10 минутъ; она была сдѣлана скоро, ловко и сознательно. Извлеченный камень былъ величиною въ абрикосовую косточку, поверхность его была шероховата и темно-бураго цвѣта; по консистенціи онъ походилъ на фосфаты.

Наблюденіе XII. Castratio testiculi. Въ тотъ же день Мэкъ-Кормакъ произвелъ еще другую операцію—кастрацію. Въ ожиданіи больнаго профессоръ прочелъ предъ аудиторіею краткую исторію болѣзни и, не останавливаясь на клиническихъ явленіяхъ даннаго случая, равно какъ не коснувшись вовсе дифференціальной діагностики, опредѣлилъ, что у больнаго развилась *sarcoma testiculi* и потому онъ считаетъ нужнымъ кастрировать немедленно яичко. Castratio testiculi.

Больной—35-лѣтній мужчина, хорошаго сложенія и питанія. Лѣ-

вое яичко представляется увеличеннымъ, плотнымъ на ощупь: но *покровы* на немъ *свободны*, особенно въ нижней части мошонки кожа легко подымается въ складку. Изъ разсказа больнаго дознано, что опухоль показалась нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ и ростъ ея перѣзко увеличивался въ послѣднее время.

Техника операціи (4/VII 1885). Когда больной былъ вполнѣ занаркотизированъ, операторъ а) *провелъ разрѣзъ* вдоль лѣвой половины мошонки, начиная отъ нижняго отверстія паховаго канала до основанія мошонки, причемъ *отсепарировалъ всѣ покровы нижней части сѣмяннаго канатика и всего яичка;* б) *затѣмъ набросилъ лигатуру на канатикъ* и передалъ ее помощнику, чтобы онъ фиксировалъ его центральный конецъ; послѣ того операторъ в) нѣсколькими ударами ножа *разсѣкъ funiculus spermaticus* и, перевязавъ каждый сосудъ въ отдѣльности, онъ распустилъ наложенную петлю. Убѣдившись, что кровотеченія нѣтъ, операторъ отпустилъ центральный конецъ канатика, который скрылся въ паховомъ каналѣ. г) Наконецъ, *удалилъ все яичко изъ мошонки.* Губы раны операторъ представилъ зашить молодому врачу, и поверхъ раны была наложена типическая безгнилостная повязка по Листеру.

Макроскопическое изслѣдованіе вырѣзаннаго яичка, произведенное самимъ Мэкъ-Кормакомъ въ присутствіи всѣхъ слушателей, показало: паренхима testiculi представлялась свѣтло-розоваго цвѣта, сѣмянныя трубочки были рѣзко обозначены; верхняя часть придатка (cauda epididymidis) была мѣшкообразно расширена и заключала въ себѣ до двухъ ложекъ серозной, прозрачной жидкости, которая брызнула прямо въ лицо профессору во время его смѣлаго удара ножемъ по яичку. Стѣнки мѣшка какъ на придаткѣ, такъ и на канатикѣ были утолщены, плотны и совершенно бѣлаго цвѣта.

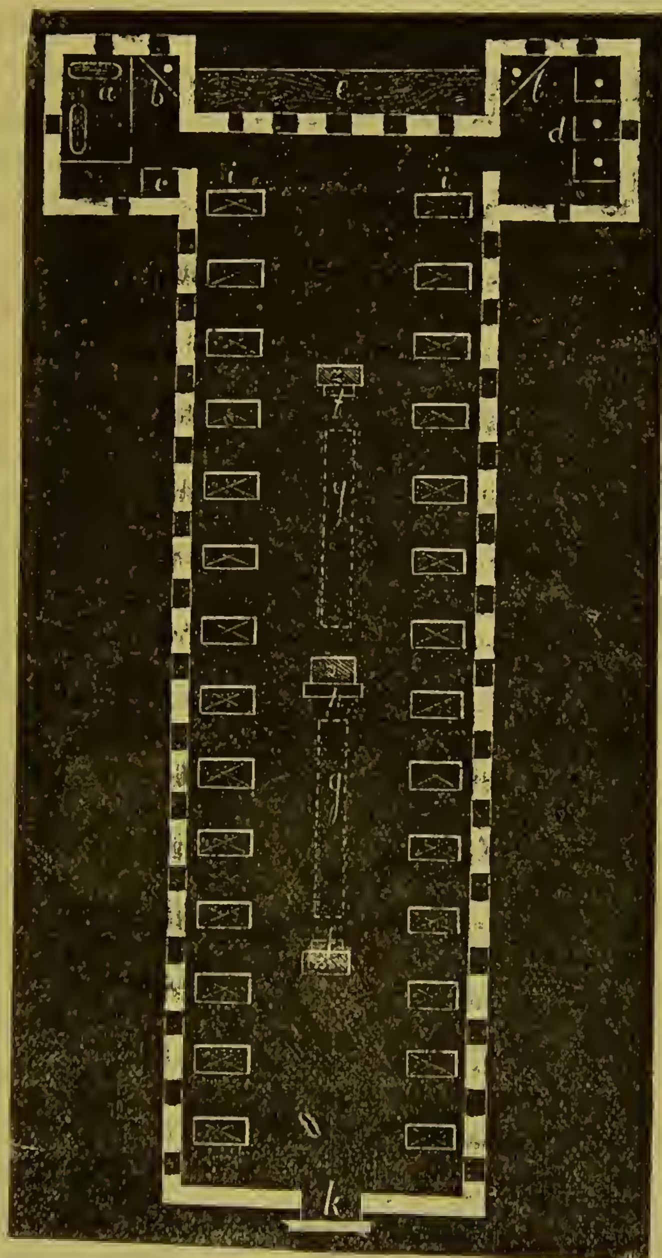
Изъ этого, хотя и очень поверхностнаго изслѣдованія, видно, что Мэкъ-Кормакъ, совершенно неожиданно, имѣлъ предъ собою не саркому яичка, а *hydrocele funiculi spermatici*; стало быть, онъ кастрировалъ совершенно невинное яичко.—*Errare-humanum est!* Но прошу у читателя позволенія сообщить ему еще слѣдующій эпизодъ. Когда я вмѣстѣ съ д-ромъ П. Т. Склифосовскимъ сталъ внимательно разсматривать отрѣзанное яичко, Мэкъ-Кормакъ обратился къ моему соотечественнику по нѣмецки: «Das ist ein sehr interessanter Fall!» — Что онъ хотѣлъ этимъ сказать,—я не знаю; но думаю, что онъ слишкомъ явно сознавалъ свою ошибку и потому онъ совѣтовалъ искать

интереса тамъ, гдѣ видна была оплошность слишкомъ увѣреннаго въ себѣ клинициста.

Эффектъ этой операціи, повидимому, былъ до того непріятенъ Мэкъ-Кормаку, что онъ скоро оставилъ аудиторію и опять отложилъ предполагавшуюся ампутацію языка, которую, къ сожалѣнію, такъ и не удалось мнѣ видѣть.

Теперь послѣдуемъ за нимъ въ его больничныя палаты и ознакомимся съ дѣятельностью Мэкъ-Кормака, какъ клиниста. Его хирурги- Мэкъ-Кормакъ, какъ клиницистъ.

Рис. 22.



Планъ хирургической палаты въ St. Thomas's hospital въ Лондонѣ.
a—ванная комната; *b*, *l*—писсуары; *c*—умывальная; *d*—ватеръ-клозеты; *f f*—фортепьяно и фисгармонія; *g g h*—столы; *z z z*—три камина; *k*—входная дверь; *e*—веранда; *i i*...—28 коекъ.

ческое отдѣленіе помѣщается въ третьемъ и четвертомъ этажахъ двухъ павильоновъ зданія St. Thomas's hospital; оно состоитъ изъ трехъ большихъ палатъ и нѣсколькихъ отдѣльныхъ комнатъ, гдѣ изолируются больные въ первое время послѣ тяжелой операціи. Всѣхъ коекъ, находящихся въ завѣдываніи проф. Мэкъ-Кормака, до 80. Въ каждой большой палатѣ размѣщено 28 коекъ, по 14 на каждой сторонѣ (см. рис. 22). Внутренность этихъ палатъ производитъ весьма пріятное впечатлѣніе на посторонняго посѣтителя: обиліе свѣта и воздуха, простота въ убранствѣ больничной постели, чрезвычайная чистота на всемъ окружающемъ больнаго; далѣе, присутствіе нѣкоторыхъ предметовъ роскоши, какъ живые цвѣты, разставленные на окнахъ, каминахъ и балконѣ, весьма изящныя гравюры на стѣнахъ, наконецъ, даже пьянино и фисгармонія въ женской палатѣ; все это, вмѣстѣ взятое, говоритъ о чрезвычайной заботливости хозяйственнаго управленія госпиталя. Ради сравненія я скажу, что вся обстановка напоминаетъ скорѣе дортуаръ Смольнаго Института для дѣвицъ въ Петербургѣ, нежели больничныя палаты для бѣдныхъ рабочихъ Лондона.

Обыкновенно проф. Мэкъ-Кормакъ производитъ обходъ своей клиники 2 раза въ недѣлю, по понедѣльникамъ и четвергамъ, начиная съ 2-хъ часовъ пополудни. Число студентовъ, сопровождающихъ его при этой визитаціи, очень невелико—не болѣе 10 человѣкъ; изъ нихъ нѣкоторые перевязываютъ больныхъ и ведутъ исторіи болѣзни, весьма кратко записанныя на бланкахъ. Вообще Мэкъ-Кормакъ мало бесѣдуетъ со студентами у кровати больнаго—обратно тому, что я видѣлъ въ клиникѣ Листера; только иностраннымъ врачамъ онъ въ краткихъ словахъ передаетъ теченіе болѣзни того или другаго случая.

Профессоръ Мэкъ-Кормакъ, при визитаціи госпитальныхъ больныхъ, производитъ впечатлѣніе человѣка крайне утомленнаго или недостаточно энергичнаго,—что ни сдѣлаетъ, онъ производитъ какъ-бы нехотя; едва онъ приблизится къ постели больнаго, онъ тотчасъ-же ищетъ точки опоры, т. е., упретъ ступню объ уголъ кровати, склонитъ свою голову на ладонь руки, упертой о колѣно и что-то говоритъ едва слышнымъ голосомъ. На этотъ разъ Мэкъ-Кормакъ выказывалъ больше вниманія къ окружающимъ его слушателямъ, чѣмъ обыкновенно, такъ какъ среди нихъ было два русскихъ врача, отчасти ему знакомыхъ. Поэтому онъ при обходѣ больныхъ останавливался на каждомъ болѣе или менѣе интересномъ случаѣ. Такъ, напримѣръ, здѣсь я видѣлъ:

Нѣсколько клиническихъ наблюденій изъ отдѣленія профессора Мэкъ-Кормака.

1) *Fractura complicata cruris* у 12-лѣтняго мальчика, у котораго вслѣдствіе удара произошелъ открытый переломъ въ нижней 1/3 голени со смѣщеніемъ всей ступни *взадъ*, какъ это можно было видѣть на фотографическихъ карточкахъ, снятыхъ въ госпиталѣ при поступленіи больнаго. Случай этотъ, дѣйствительно, интересный тѣмъ, что *вывихъ стопы взадъ,* даже при одновременномъ переломѣ обѣихъ лодыжекъ (malleoli) наблюдается весьма рѣдко. Въ данномъ случаѣ Мэкъ-Кормакъ сдѣлалъ *osteotomiam tibiae* въ нижнемъ концѣ голени и вправилъ стопу на мѣсто.

Въ то время, когда этотъ больной былъ намъ представленъ, онъ наступалъ на оперированную ступню совершенно свободно, хотя она была загипсована; положеніе стопы, повидимому, было совершенно правильное.

2) Случай *ambusturae* лѣваго плеча съ образованіемъ глубокихъ рубцевъ, препятствующихъ отведенію конечности; у этого больнаго была сдѣлана пластическая операція, технику которой я описалъ выше (см. наблюденіе X, стр. 112). Лоскуты, пересаженные съ плеча, привились и больной теперь владѣетъ рукой болѣе свободно; но лоскуты, заимствованные съ передней поверхности предплечья, мѣстами омертвѣли, не смотря на примѣненіе безгнилостной повязки; безъ сомнѣнія, что причину гангрены кожи въ данномъ случаѣ приходится искать въ чрезвычайной тонкости покрововъ предплечья, бѣдныхъ подкожной клѣтчаткой и сосудами.

3) *Vulnus sclopetarium condyli femoris.* Ружейная пуля застряла во внутреннемъ мыщелкѣ бедра, въ толщѣ эпифиза, вблизи колѣннаго сочлененія. Двѣ недѣли тому назадъ эта пуля была извлечена подъ строгими мѣрами безгнилостной хирургіи; результатъ весьма успѣшный: больной свободно сгибаетъ и разгибаетъ конечность въ колѣнномъ сочлененіи, хотя оставшійся свищъ на мѣстѣ разрѣза кожи указываетъ на существованіе секвестра въ нижнемъ эпифизѣ бедра, и при изслѣдованіи Нелятоновскимъ зондомъ изъ пулеваго канала показалось нѣсколько капель густаго гноя.

4) *Herniotomia* у 76-лѣтней старухи съ заживленіемъ раны per primam intentionem.

5) *Ovariotomia* у 40-лѣтней женщины, оперированной три недѣли назадъ. Рана на брюшной стѣнкѣ мѣстами гноится, не смотря на примѣненіе безгнилостной повязки; но общее самочувствіе оперированной обѣщаетъ успѣшный исходъ.

6) *Ileus* у больнаго, только-что поступившаго въ отдѣленіе, съ явленіями внутренняго ущемленія кишечника. Для болѣе точнаго распознаванія Мэкъ-Кормакъ пригласилъ въ палату профессора терапіи—д-ра Орда (Ord), состоящаго въ должности декана медицинской школы. Ex consilio рѣшено было лечить его выжидательно; назначили теплыя ванны, внутрь belladonnam. Нѣсколько дней спустя, я справлялся о дальнѣйшей судьбѣ этого больнаго; мнѣ говорили, что онъ не былъ оперированъ и—умеръ.

Кромѣ этихъ случаевъ, я при неоднократномъ посѣщеніи этой клиники видѣлъ много случаевъ ампутацій, резекцій сочлененій, камнесѣченій и тому подобныхъ оперированныхъ больныхъ, исторіи которыхъ я не считаю нужнымъ описывать; они не представляли собою ничего особеннаго. Вообще же говоря, клиника Мэкъ-Кормака по своему матеріалу представляется много богаче, нежели вышеописанная клиника Листера. Тѣмъ болѣе страннымъ мнѣ показалось равнодушіе англійскихъ студентовъ къ представителю этой клиники.

При визитаціи больныхъ въ палатахъ, Мэкъ-Кормакъ предоставляетъ студентамъ мѣнять повязки у оперированныхъ, при этомъ всегда употребляется паровой распылитель (spray) карболовой кислоты; перевязочный матеріалъ и способъ примѣненія противугнилостныхъ мѣръ здѣсь тѣже, какіе я видѣлъ въ клиникѣ Листера; только Мэкъ-Кормакъ не считаетъ нужнымъ покрывать раны protective silk, если послѣднія начинаютъ гранулировать.

Вслѣдствіе молчаливости профессора, студенты, присутствующіе при визитаціи, видимо мало интересуются окружающими ихъ явленіями; вообще число студентовъ, посѣщающихъ эту клинику, весьма невелико; они, какъ мнѣ казалось, приходятъ сюда не для того, чтобы научиться наблюдать клиническія явленія или изслѣдовать различныя болѣзненныя формы, какъ это я видѣлъ въ отдѣленіи проф. Листера, а лишь съ цѣлью научиться различнымъ техническимъ пріемамъ.

Мэкъ-Кормакъ, какъ ученый.

И, дѣйствительно, оперативная техника въ рукахъ Мэкъ-Кормака представляется болѣе усовершенствованною и, такъ сказать, болѣе изящною, нежели у Листера. Эта особенность характера Мэкъ-Кормака, какъ хирурга, высказывается и въ его литературныхъ трудахъ. Если мы бросимъ взглядъ на его ученыя работы послѣдняго десятилѣтія, то намъ легко будетъ убѣдить читателя въ томъ, что Мэкъ-Кормакъ неусыпно слѣдитъ за усовершенствованіемъ оперативной техники. Такъ, напр., въ «Сборникѣ трудовъ St. Thomas's hospital онъ

обнародовалъ цѣлый рядъ случаевъ, относящихся къ оперативной казуистикѣ. Таковы:

1) Mac-Cormac (William) *On gunshot wound of lower extremity* [Объ огнестрѣльной ранѣ нижней конечности [1])]. Краткій перечень его трудовъ послѣдняго времени.

2) Mac-Cormac. *On bloodless operations* [О безкровныхъ операціяхъ [2])].

3) Mac-Cormac. *An operation for naso-pharyngeal growths* [Объ операціи удаленія наростовъ изъ носо-глоточной области [3])].

4) Mac-Cormac. *On removal of scapula* [О вылущеніи лопатки [4])].

5) Mac-Cormac. *On thyroid unreduced* [Случай неполнаго удаленія щитовидной желѣзы [5])].

6) Mac-Cormac. *On extrophy of bladder* [Объ экстропіи мочеваго пузыря [6])].

Почти такого же характера работы Мэкъ-Кормака, напечатанныя въ различныхъ періодическихъ журналахъ. Какъ-то: Краткіе рефераты нѣкоторыхъ работъ Мэкъ-Кормака.

7) Mac-Cormac. *Thyroidectomy* [7]). Въ этой статьѣ авторъ описываетъ случай вылущенія щитовидной желѣзы у 29-лѣтней женщины и, между прочимъ, проводитъ ту мысль, что въ тѣхъ случаяхъ зоба, при которыхъ хирургу не представляется возможнымъ удалить всю перерожденную желѣзу, слѣдуетъ резецировать только isthmus glandulae thyreoideae; подобною частичною резекціею зоба можно, по мнѣнію Мэкъ-Кормака, устранять припадки удушья.

8) Mac-Cormac. *Gastrostomy* [8]). Авторъ описываетъ два оперативныхъ случая наложенія желудочнаго свища: а) 55-лѣтній мужчина страдалъ ракомъ пищевода на высотѣ дыхательнаго горла и вовсе не могъ проглатывать пищу: въ данномъ случаѣ Мэкъ-Кормакъ наложилъ желудочный свищъ въ два пріема, т. е., онъ произвелъ операцію *gastrotomiam* en deux temps; оперированный прожилъ 4 мѣсяца. б) Такая же операція была сдѣлана у другаго 42-лѣтняго мужчины, у

---

[1]) См. «St. Thomas's hospital Reports» т. II, стр. 43, London 1885. A. Churchill.

[2]) Idem. т. IV, стр. 43.

[3]) Idem. т. VI, стр. 65.

[4]) Idem. т. VII, стр. 307.

[5]) Idem. т. IX, стр. 99.

[6]) Idem. т. X, стр. 241.

[7]) The British Medic. Journal 2/VIII, 1884, стр. 228—237.

[8]) См. British Medical Journal, VIII 1884.

котораго раковое образованіе находилось въ нижней части пищевода; этотъ оперированный прожилъ полгода.

9) Mac-Cormac. *A case of hernia stangulated for eight days; herniotomy, recovery.* [Случай восьмидневнаго ущемленія грыжи; грыжесѣченіе; выздоровленіе [1])]. У сорокалѣтняго мужчины въ правой паховой области ущемилась небольшая грыжа, которая оставалась невправленною въ теченіи 8 дней. Когда было сдѣлано грыжесѣченіе, то, по удаленіи перемычки, составлявшей причину ущемленія, кишечная петля представлялась темнаго аспиднаго цвѣта. Тѣмъ не менѣе, операторъ попытался вправить эту подозрительную петлю въ брюшную полость. Къ удивленію многихъ, оперированный выздоровѣлъ безъ всякихъ осложненій со стороны раны.

Замѣтимъ, что Мэкъ-Кормакъ участвовалъ въ нѣкоторыхъ войнахъ (Франко-Германской, Сербско-Турецкой и др.) и наблюденія изъ военно-полевой практики онъ нерѣдко избиралъ предметомъ научныхъ изслѣдованій. Особенно много онъ занимался вопросомъ о резекціи сочлененій. Изъ обнародованныхъ имъ случаевъ самый поучительный слѣдующій:

10) Mac-Cormac (William). *On the final result of a case in which the shoulder-and elbow-joints of the right arm were excised for gunshot injury.* [О конечномъ результатѣ случая резекцій плечеваго и локтеваго суставовъ на правой конечности вслѣдствіе огнестрѣльнаго поврежденія [2])]. Авторъ описываетъ случай резекцій локтеваго и плечеваго суставовъ на правой верхней конечности у французскаго солдата, раненаго подъ Седаномъ въ 1870 г. Мэкъ-Кормаку представилась возможность не терять изъ виду этого оперированнаго въ теченіи 10 лѣтъ и потому авторъ по временамъ извѣщалъ въ медицинской литературѣ о состояніи этого резецированнаго солдата. Конечный результатъ этихъ двухъ резекцій оказался блестящимъ: оперированный игралъ свободно на билліардѣ, стрѣлялъ весьма мѣтко изъ ружья правой рукой, копалъ землю и даже таскалъ большое ведро, наполненное водою, на правомъ надплечьи. По истеченіи десяти лѣтъ послѣ операціи правая *плечевая кость* представлялась *короче* лѣвой на 4 сант., *предплечье*—на 5 сант. и вся правая конечность—короче лѣвой на $9\frac{1}{2}$

---

[1]) См. «Lancet» 3/v 1884.

[2]) См. «British Medical Journal» 1880, стр. 743.

стм., такъ какъ и ручная кисть представлялась нѣсколько атрофированной.

Кромѣ этихъ журнальныхъ статей, Мэкъ-Кормакъ, какъ я уже выше упомянулъ, выпустилъ въ свѣтъ первую часть своего руководства по Оперативной Хирургіи, озаглавленную «Surgical Operations. Part. I. The Ligature of Arteries. London 1885. (Оперативная Хирургія, часть I, перевязка артерій). Разборъ сочиненія Мэкъ-Кормака по Оперативной хирургіи.

Въ своемъ краткомъ предисловіи авторъ говоритъ, что назначеніе этой книги—представить слушателямъ его аудиторіи только самую сущность (what is absolutely essential) этой отрасли медицины и руководить студентовъ при ихъ дальнѣйшемъ самоусовершенствованіи.

Нужно отдать должную справедливость автору въ томъ, что въ своемъ первомъ выпускѣ—о перевязкѣ артерій—онъ съумѣлъ не только заинтересовать читателя своимъ краткимъ и толковымъ изложеніемъ предмета, но скомбинировать весьма успѣшно анатомію, патологію и терапію артеріальныхъ сосудовъ. Техника той или другой лигатуры артеріи, по описанію Мэкъ-Кормака, вытекаетъ, какъ прямое слѣдствіе, изъ анатомическаго положенія даннаго сосуда и болѣзненнаго процесса, служащаго показаніемъ къ перевязкѣ артеріи.

Разбираемая мною книга раздѣляется на два отдѣла: общая часть о лигатурахъ вообще и частное описаніе типическихъ операцій перевязки артерій на продолженіи главныхъ стволовъ.

Предпославъ краткое историческое введеніе о наложеніи лигатуры, Мэкъ-Кормакъ начинаетъ этотъ отдѣлъ оперативной хирургіи съ описанія различныхъ способовъ леченія аневризмъ (Анеля, Гёнтера, Браздора, Дешана, Вардропа и Антиля), причемъ въ нѣсколькихъ строкахъ, иллюстрированныхъ весьма поучительными рисунками, онъ рельефно очерчиваетъ особенность каждаго изъ названныхъ способовъ. Затѣмъ авторъ переходитъ къ показаніямъ къ наложенію лигатуры; при этомъ онъ, хотя и сжато, но вполнѣ понятно, описываетъ значеніе перевязки артеріи при острыхъ кровотеченіяхъ, при леченіи аневризмъ артерій, при леченіи злокачественныхъ новообразованій, элефантіазиса и эпилепсіи. Далѣе, онъ переходитъ къ техникѣ операціи: здѣсь онъ не столько говоритъ, сколько рисуетъ, т. е., онъ не описываетъ различныхъ пріемовъ и нужныхъ инструментовъ, а представляетъ ихъ на художественно выполненныхъ рисункахъ. Наконецъ, авторъ заключаетъ общую часть о перевязкахъ артерій весьма интересною главою—о дѣйствіи лигатуры на самый сосудъ.

При этомъ онъ разбираетъ значеніе временной пробки (thrombus) и постояннаго закупориванія просвѣта артеріи, говоритъ объ организаціи тромба и описываетъ анатомо-патологическія измѣненія аневризматическаго мѣшка послѣ перевязки приводящей артеріи и, главное, демонстрируетъ цѣлымъ рядомъ схематическихъ и естественныхъ рисунковъ пути боковаго кровообращенія, служащіе средствомъ возстановленія питанія въ органахъ ниже наложенной лигатуры.

Ни въ одномъ изъ современныхъ руководствъ по оперативной хирургіи я не находилъ этого важнаго въ научномъ отношеніи разъясненія—какимъ образомъ извѣстный участокъ человѣческаго организма, лишенный притока крови чрезъ главный питательный сосудъ, получаетъ возможность питаться и почему въ иныхъ случаяхъ послѣ наложенія лигатуры боковое кровообращеніе возстановляется такъ быстро, что появляется вторичное кровотеченіе изъ сосуда ниже наложенной лигатуры?—Мнѣ хорошо извѣстно, что всѣ эти вопросы разсматриваются въ руководствахъ по общей или хирургической патологіи, но, къ сожалѣнію, составители учебниковъ по оперативной хирургіи упускали ихъ изъ виду. А между тѣмъ, начинающій операторъ всегда затрудняется объяснить преимущества той или другой лигатуры на протяженіи одного и того же сосуда; напр., почему перевязка наружной подвздошной артеріи обѣщаетъ больше успѣха, нежели перевязка бедренной артеріи подъ Пупартовой связкой?—Этотъ пробѣлъ я старался отчасти пополнить въ изданномъ подъ моей редакціей переводѣ сочиненія Фарабёфа, приложивъ два схематическихъ рисунка анастомозовъ между артеріальными стволами шеи и верхней конечности.

Въ книгѣ же Мэкъ-Кормака развитію анастомозовъ послѣ перевязки крупныхъ стволовъ отведено самое почетное мѣсто: послѣ каждой лигатуры авторъ указываетъ сѣть боковыхъ путей кровообращенія. Въ особенности демонстративны рисунки съ препаратовъ, указывающихъ измѣненія въ артеріальномъ ложѣ послѣ перевязки бедренной или подколѣнной артерій (см. рис. 25 и 26).

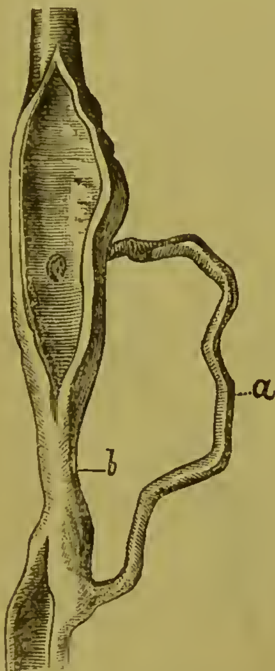
Въ виду чрезвычайной важности этого вопроса я позволю себѣ заимствовать изъ книги Мэкъ-Кормака нѣсколько рисунковъ.

Развитіе боковыхъ сосудовъ послѣ перевязки плечевой артеріи.

Такъ, напр., чтобы показать—какъ возстановляется кровообращеніе въ плечевой артеріи послѣ наложенія лигатуры на серединѣ протяженія главнаго ствола, Мэкъ-Кормакъ приводитъ два препарата изъ Анатомическаго Музея St. Thomas's Hospital. На одномъ препаратѣ видно

(см. рис. 23), что просвѣтъ плечевой артеріи на мѣстѣ бывшей лигатуры облитерировался посредствомъ волокнистой ткани (*b*). Кровообращеніе же возстановилось чрезъ вновь развившійся боковой сосудъ (*a*), исхо-

Рис. 23.



Плечевая артерія послѣ закупориванія ея просвѣта вслѣдствіе наложенія лигатуры; вновь образовавшійся боковой сосудъ (*a*) способствовалъ возстановленію кровообращенія въ главномъ стволѣ. (Препаратъ изъ анатомическаго музея St. Thomas's hospital).

Рис. 24.

Правая плечевая артерія послѣ наложенія лигатуры на срединѣ ея протяженія. На мѣстѣ бывшей лигатуры развились боковые сосуды, которые, вмѣстѣ съ вѣтвями art. profundae infer. brachii (*g*), образуютъ цѣлую сѣть анастомозовъ (Препаратъ изъ анатомическаго музея St. Thomas's hospital.

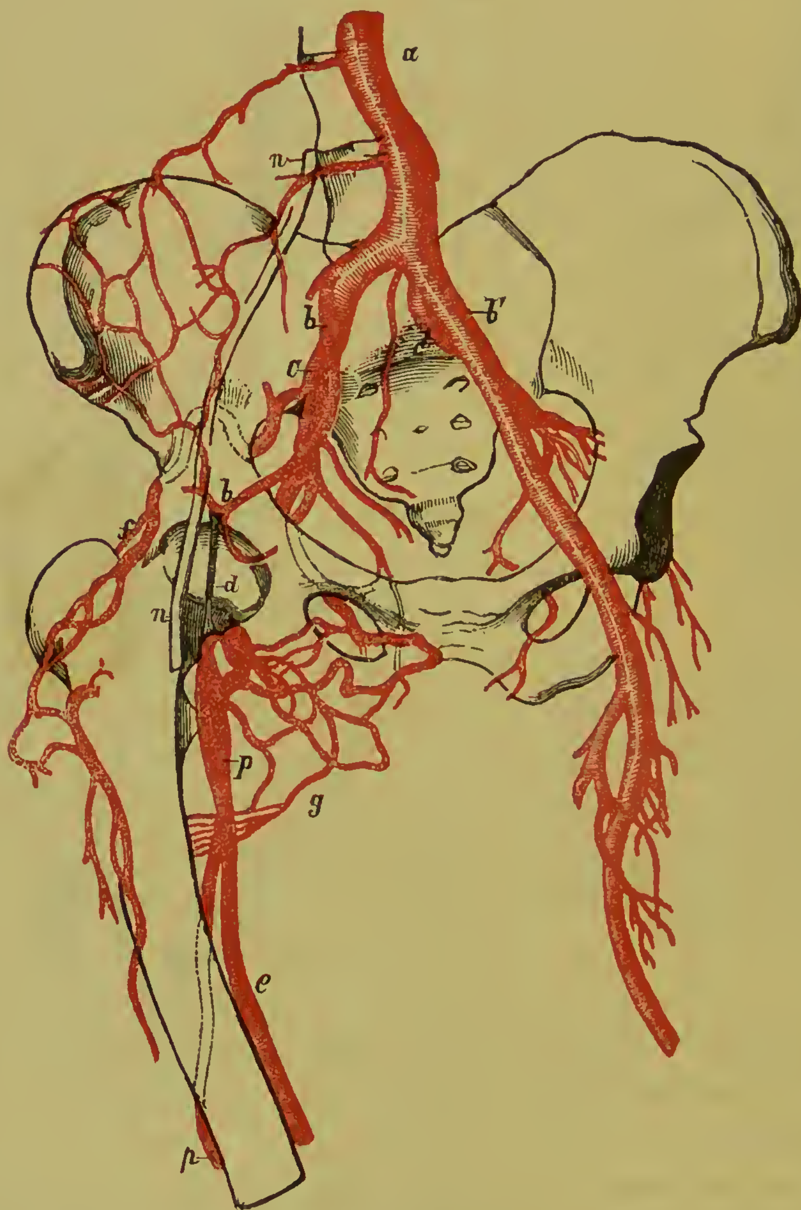
a, *c* — art. brachialis; *b* — три боковыхъ сосуда на мѣстѣ бывшей лигатуры; *d* — art. radialis; *i* — art. ulnaris; *h* — art. collater. ulnaris; *g* — art. prof. brachii infer.; *e* — art. prof. brachii super.

дящій на дюймъ выше лигатуры и вливающійся въ плечевую артерію на 1/2 дюйма ниже облитераціи просвѣта. Этотъ боковой сосудъ представляется извилистымъ и довольно крупнаго калибра.

На другомъ препаратѣ (см. рис. 24) измѣненія въ кровеобращеніи еще бо-

лѣе рѣзко выражены; здѣсь видно, что въ срединѣ плечевой артеріи развились три тонкихъ ствола *(b)* на мѣстѣ бывшей лигатуры; ниже этого участка плечевая артерія представляется одиночною *(c)*, а затѣмъ она дѣлится на нормальныя вѣтви — лучевую *(d)* и локте-

Рис. 25.



Препаратъ, указывающій развитіе анастомозовъ послѣ перевязки главнаго ствола бедренной артеріи. Боковые сосуды главнымъ образомъ исходили изъ вѣтвей внутренней подвздошной артеріи, именно изъ сѣдалищной и запирательной артерій. (Препаратъ изъ Дюпюитреновскаго музея въ Парижѣ).

a—aorta abdominalis; *b*—art. iliaca ext. dextra; *b'*—art. iliaca ext. sinistra; *c*—art. iliaca int. dextra; *c'*—art. iliaca int. sinistra; *n*—nervus cruralis; *p*—art. profunda femoris; *d*—волокнистая перемычка на мѣстѣ бывшей лигатуры; *e*—нижн. часть правой бедр. артеріи; *f*—расширенные анастомозы, исходящіе изъ art. gluteae; *g*—расширенные анастомозы, исходящіе изъ art. obturatoriae internae.

вую (i) артеріи. Въ верхнемъ отдѣлѣ замѣчается, кромѣ расширенныхъ мышечныхъ вѣтвей, входящихъ въ m. m. biceps и triceps brachii, еще два ствола (e. g) — arteriae profundae superior et inferior brachii; изъ нихъ послѣдній опускается внизъ и сливается съ боковыми вѣтвями вновь развившихся сосудовъ плечевой артеріи и съ arter. collateralis ulnaris, образуя цѣлую сѣть анастомозовъ. Такое обширное развитіе боковыхъ сосудовъ вполнѣ обезпечиваетъ питаніе конечности ниже наложенной лигатуры.

Развитія анастомозовъ послѣ перевязки бедренной артеріи.

Еще болѣе поучительны препараты, представленные Мэкъ-Кормакомъ изъ Дюпюитреновскаго музея (въ Парижѣ), указывающіе развитіе боковыхъ сосудовъ послѣ облитераціи бедренной и подколѣнной артерій. На одномъ рисункѣ (см. 25) представленъ тазъ и верхняя часть праваго бедра со всѣми артеріальными сусудами, изъ которыхъ бедренная артерія была перевязана непосредственно подъ Пупартовой связкой; на этомъ мѣстѣ образовалась волокнистая перемычка длиною въ нѣсколько сант. (d), связывающая наружную подвздошную артерію съ тою частью бедренной, откуда уже отходитъ глубокая артерія бедра (p. — art. profunda fem.). На этомъ препаратѣ нетрудно замѣтить, что вся правая наружная подвздошная артерія, лежащая выше лигатуры, представляется вдвое тоньше другой соотвѣтственной артеріи на лѣвой половинѣ таза; поэтому внутренняя подвздошная артерія значительно расширилась и на счетъ ея боковыхъ вѣтвей главнымъ образомъ развились анастомозы; такъ, мы видимъ (см. рис. 25) впереди большаго вертела (trochanter major) широкіе боковые сосуды (f), исходящіе изъ сѣдалищной артеріи и цѣлое сплетеніе анастомозовъ у сѣдалищной кости (os ischium), состоящее изъ боковыхъ вѣтвей запирательной артеріи (art. obturatoria g).

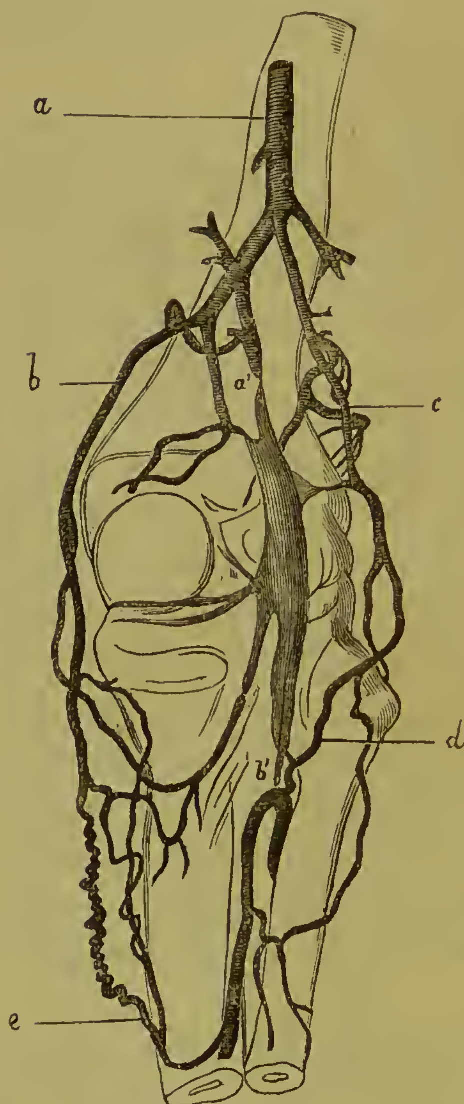
Развитіе анастомозовъ послѣ закупориванія аневризмы подколѣнной артеріи.

Другой препаратъ изъ того же Дюпюитреновскаго музея показываетъ развитіе анастомозовъ послѣ излеченія aneurysmae popliteae. На прилагаемомъ при семъ рис. 26 видно, что вся подколѣнная артерія (a', b') и начала исходящихъ отъ нея вѣтвей превратились въ волокнистые пучки; боковыя же вѣтви бедренной (a) и берцовыхъ (e) артерій, какъ art. anastomotica magna (b), art. articulationis genu superior (c) — съ одной стороны, и arteriae recurrentes tibialis (d) et peroneae (e) — съ другой стороны, образовали широкую извилистую сѣть анастомозовъ, обезпечивающую питаніе голени.

При объясненіи этихъ анатомическихъ явленій, Мэкъ-Кормакъ весьма умѣстно останавливаетъ вниманіе читателя на условіяхъ раз-

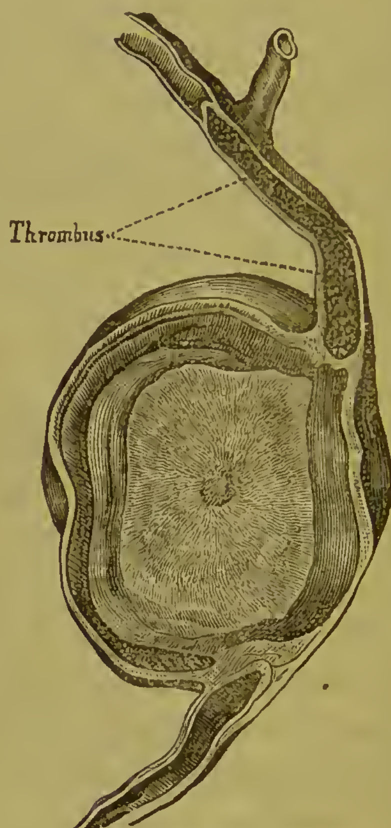
витія этихъ анастомозовъ. По поводу этого вопроса авторъ говоритъ, «чѣмъ ближе наложенная лигатура отстоитъ отъ центра кровообращенія, тѣмъ быстрѣе и совершеннѣе возстановляется боковое кровообращеніе, такъ какъ давленіе въ сосудахъ относительно больше. Но этотъ

Рис. 26.



Препаратъ, показывающій развитіе анастомозовъ послѣ запустѣнія aneurysmae art. popliteae; послѣдняя превратилась въ волокнистый пучекъ, обозначенный на рисункѣ *a'*, *b'* (препаратъ хранится въ *Дюпюитреновскомъ* музеѣ въ Парижѣ)·
a — art. femoralis; *b* — art. anastomotica magna; *c* — art. articulationis genu; *d* — art. recurrens peroneae; *e* — art. recurrens tibialis. *a' b'* — волокнистый пучекъ на мѣстѣ бывшей аневризмы.

Рис. 27.



Продольный разрѣзъ аневризмы бедренной артеріи, послѣ леченія давленіемъ (compressio digitalis); периферическая часть мѣшка выполнена плотными, слоистыми сгустками, тогда какъ центральная часть представляется сочною и губчатою.

самый законъ, предохраняющій часто отъ гангрены, въ то же время предрасполагаетъ къ появленію вторичнаго кровотеченія послѣ перевязки крупнаго ствола артеріи. Вообще же возстановленіе боковаго кровообращенія находится въ прямой зависимости отъ состоянія всей

сосудистой системы: у молодыхъ людей, у которыхъ стѣнки сосудовъ съ большею или меньшею вѣроятностью здоровы, развитіе боковыхъ сосудовъ происходитъ обыкновенно скоро и въ достаточной степени; у старыхъ же людей или у такихъ индивидуумовъ, у которыхъ артеріи болѣзненно измѣнены, боковые сосуды развиваются весьма медленно или далеко недостаточно для питанія органовъ, лежащихъ ниже лигатуры». На основаніи этого авторъ предписываетъ хирургу нѣкоторыя общія правила относительно того, какъ поступать съ больными, у которыхъ была наложена лигатура на крупный стволъ артеріи; такъ, онъ, между прочимъ, совѣтуетъ оперированнымъ со слабою дѣятельностью сердца прикладывать теплые компрессы (въ 100° F.) вблизи перевязаннаго сосуда.

Въ разбираемой мною книгѣ Мэкъ-Кормака читатель найдетъ весьма много интереснаго относительно измѣненія аневризматическаго мѣшка подъ вліяніемъ различныхъ механическихъ способовъ леченія. Такъ, онъ описываетъ случай аневризмы бедренной артеріи, при которой сначала примѣнялся эластическій бинтъ Эсмарха, а затѣмъ послѣдній былъ замѣненъ давленіемъ пальца. Больной, 34 лѣтъ отъ роду, внезапно умеръ, вслѣдствіе разрыва другой аневризмы, сидѣвшей въ сердечной сумкѣ (pericardium). Хотя подъ вліяніемъ давленія пульсація бедренной аневризмы прекратилась и величина опухоли замѣтно уменьшилась, тѣмъ не менѣе, еще при жизни было констатировано, что содержимое мѣшка отчасти оставалось въ жидкомъ состояніи. И дѣйствительно, по смерти было найдено, что наибольшая часть мѣшка представлялась наполненною свѣжими (посмертными) сгустками крови; бедренная же артерія надъ аневризматическимъ мѣшкомъ была облитерирована посредствомъ плотнаго приросшаго и отчасти обезцвѣченнаго тромба, подымавшагося вверхъ до ближайшаго боковаго сосуда, какъ это видно на рис. 27.

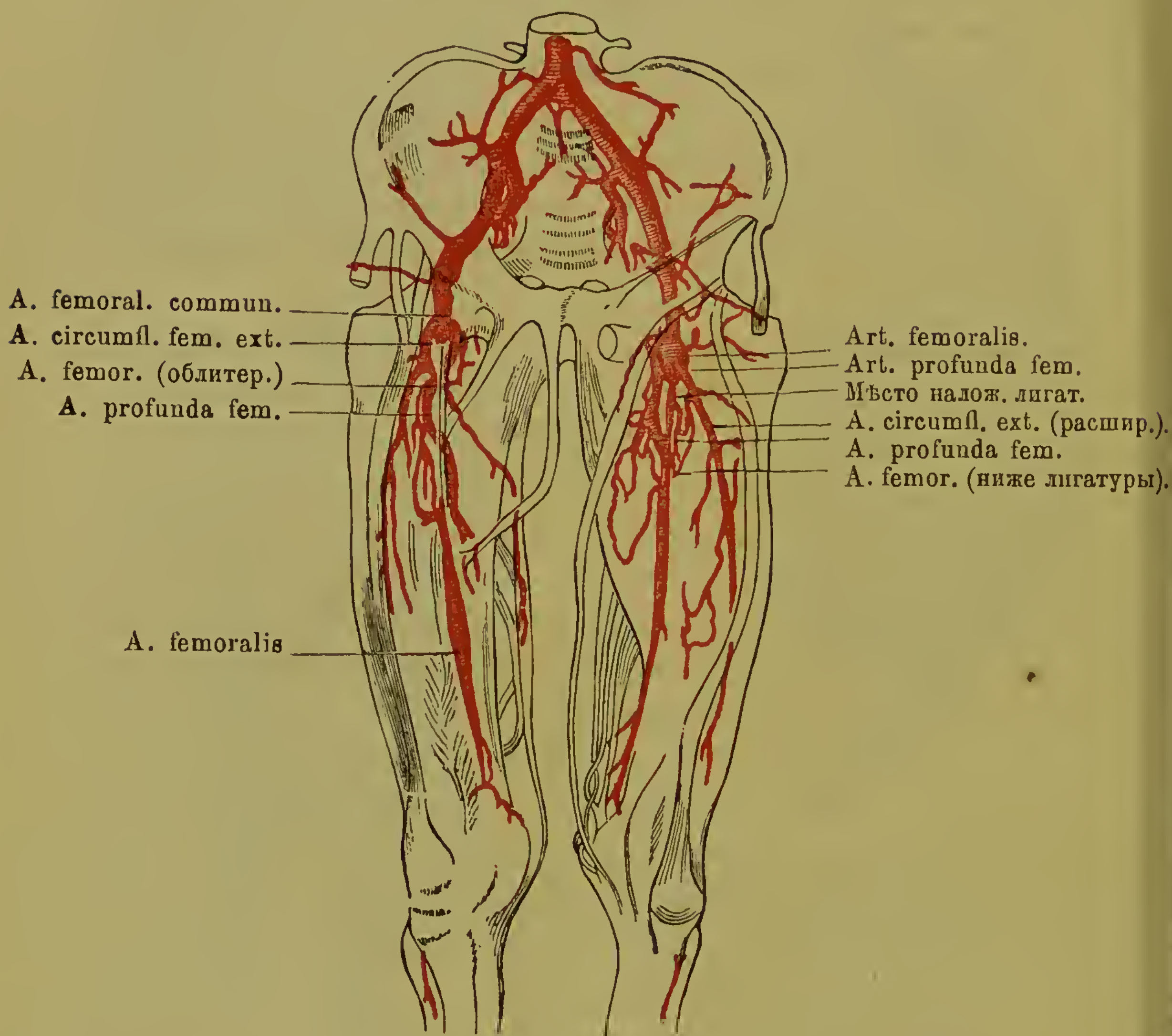
Далѣе, при описаніи перевязки поверхностной бедренной артеріи (art. femoralis superficialis) авторъ приводитъ случай излеченія двусторонней аневризмы подколѣнной артеріи помощью лигатуръ, наложенныхъ въ различное время.

Случай успѣшнаго излеченія двусторонней аневризмы подколѣнной артеріи.

Въ 1817 г., д-ръ Тоддъ, въ Richmond's hospital въ Дублинѣ, перевязалъ у 39-лѣтняго мужчины, страдавшаго аневризмою подколѣнной артеріи, лѣвую бедренную артерію. Три года спустя у того же субъекта развилась такая же аневризма въ правой подколѣнной ямкѣ; тогда операторъ перевязалъ поверхностную артерію праваго бедра,

послѣ чего оперируемый прожилъ еще 16 лѣтъ; онъ умеръ въ 1836 г. Сосуды этого трупа были инъецированы и тщательно отпрепарированы, причемъ оказалось, что на правой сторонѣ (см. рис. 28) лигатура

Рис. 28.



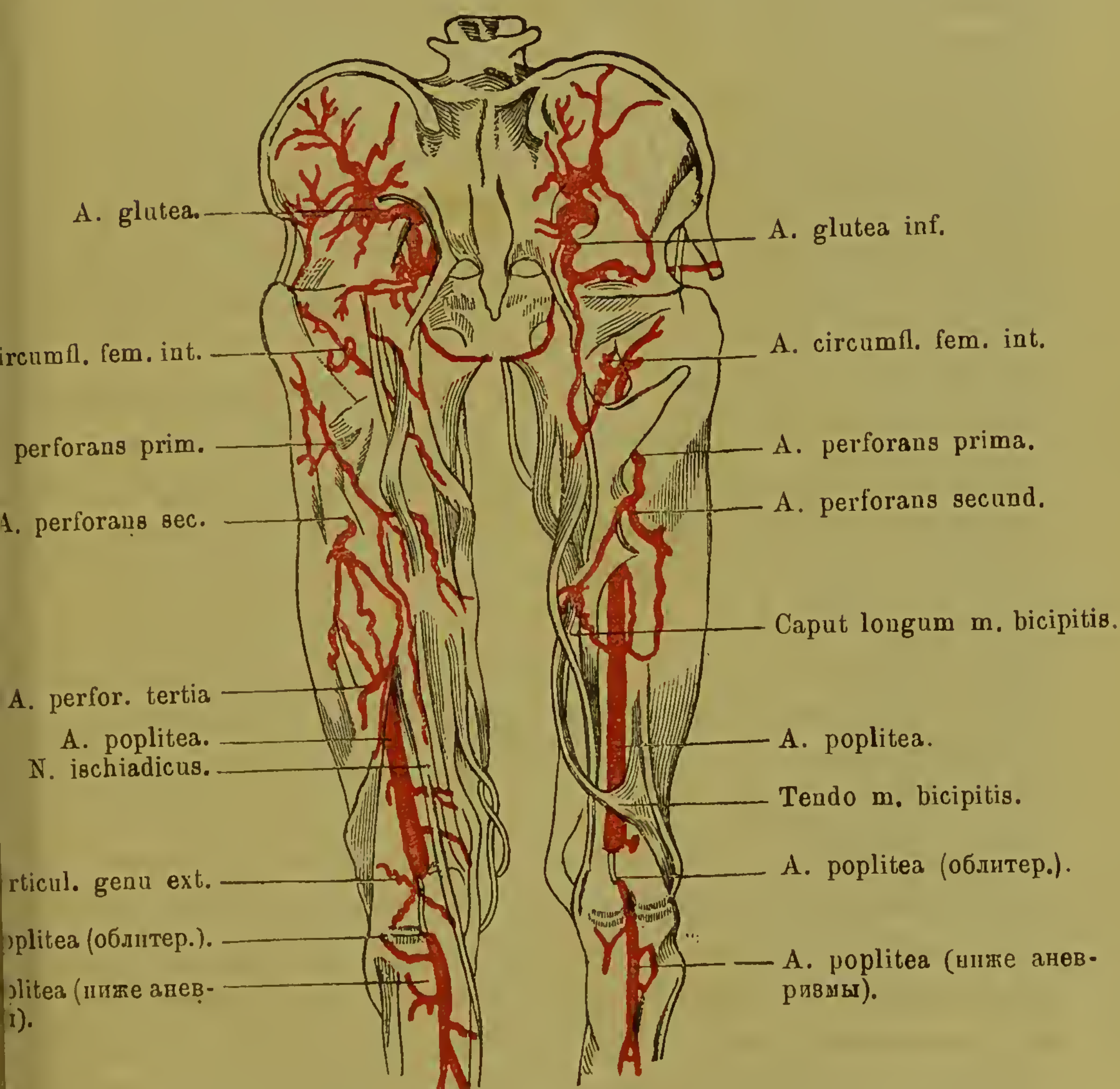
Снимокъ съ сухаго препарата (передняя поверхность). Обѣ бедренныя артеріи были перевязаны вслѣдствіе двусторонней аневризмы подколѣнной арт. (art. poplitea), послѣ чего развилось значительное боковое кровообращеніе и оперируемый прожилъ 16 лѣтъ. (Препаратъ этотъ хранится въ музеѣ Richmond's hospital въ Дублинѣ).

пришлась на 5 дюймовъ ниже Пупартовой связки и на $2^3/_4$ дюйма ниже начала art. profundae femoris; послѣдняя представлялась значительно увеличенною въ объемѣ и изъ нея выходила толстая мышечная вѣтвь къ m. adductor brevis; далѣе, a. a. perforantes представлялись также расширенными и широкая вѣтвь средней arteriae perforantis анастомо-

зировала съ мышечною вѣтвью бедренной артеріи, выходящею изъ Гёнтеровскаго канала.

Въ подколѣнныхъ впадинахъ, артеріи приняли видъ волокнистыхъ пучковъ (см. рис. 29) и здѣсь двѣ верхнія сочленовныя артеріи (a. a. articulationis superiores) анастомозировали съ нижне-наружною артеріею того-же названія.

Рис. 29.



Снимокъ съ сухаго анатомическаго препарата, показывающій развитіе боковыхъ сосудовъ послѣ двусторонней перевязки бедренной артеріи. (Видъ задней поверхности). Препаратъ изъ музея Richmond's hospital въ Дублинѣ.

Лигатура на лѣвой бедренной артеріи проходила на $3^1/_2$ дюйма ниже Пупартовой связки и на $1^1/_2$ дюйма ниже выхода глубокой артеріи бедра. На протяженіи $^3/_4$ дюйма отъ мѣста наложенія лигатуры изъ

бедренной артеріи отходила вѣтвь, толщиною въ лучевую артерію, которая проникала въ m. adductor magnus и анастомозировала съ вѣтвью глубокой артеріи бедра — art. perforans prima; съ другой стороны сама art. profunda отсылала толстую вѣтвь къ m. adductor brevis.

Вверху видно было, что a. a. circumflexae femoris internae (см. рис. 29) анастомозировали съ вѣтвями art. ichiadicae s. gluteae inf.; затѣмъ обѣ сѣдалищныя артеріи представлялись чрезвычайно расширенными; онѣ анастомозировали съ расширенными вѣтвями a. a. circumflexae femoris ext. et internae femoralis и съ верхнею артеріею perforantis (см. рис. 29).

Я остановилъ вниманіе читателя на этихъ анатомическихъ измѣненіяхъ въ сосудистой системѣ, наблюдающихся постоянно послѣ перевязки крупныхъ артерій, съ цѣлью показать, что въ англійской школѣ оперативной хирургіи анатомія не перестаетъ служить основаніемъ этой отрасли медицинской науки, чего, къ сожалѣнію, мы не находимъ въ лучшихъ руководствахъ нѣмецкихъ авторовъ.

Вообще-же разбираемая мною книга Мэкъ-Кормака читается легко и трактуемыя ею свѣдѣнія могутъ быть усвоены безъ всякаго напряженія умственныхъ представленій со стороны читателя, чему способствуетъ множество рисунковъ, дополняющихъ краткое и ясное описаніе предмета.—Остается только пожелать скорѣйшаго выхода въ свѣтъ продолженія задуманнаго Мэкъ-Кормакомъ труда; если послѣдующія части курса оперативной хирургіи будутъ составлены съ такимъ же пониманіемъ дѣла, то руководство Мэкъ-Кормака, безъ сомнѣнія, обратитъ на себя всеобщее вниманіе хирурговъ и руководителей учащихся медицинѣ.

Общее заключеніе о Мэкъ-Кормакѣ, какъ о представителѣ хирургической школы.

И такъ, заканчивая свой очеркъ дѣятельности Мэкъ-Кормака, какъ оператора, клинициста и ученаго, я скажу, что этотъ представитель англійской школы хирургіи произвелъ на меня впечатлѣніе опытнаго оператора, обладающаго выработанною техникою, и весьма полезнаго госпитальнаго врача; но значеніе его, какъ руководителя учащихся или молодыхъ врачей, умаляется особенностями его характера или чрезмѣрной практикой его внѣ госпиталя; я хочу этимъ сказать, что обширная врачебная практика, поглощающая большую часть времени, быть можетъ, служитъ причиною тому, что Мэкъ-Кормакъ бесѣдуетъ со студентами St. Thomas's hospital слишкомъ мало и вообще ведетъ свои клиническія занятія недостаточно научно. Но заслуги Мэкъ-Кормака въ хирургіи вообще несомнѣнны: онъ не мало спо-

собствовалъ разъясненію многихъ вопросовъ по военно-полевой, клинической и оперативной хирургіи.

Устройство St. Thomas's медицинской школы. Чизельденъ и Эстлей Куперъ, въ роли первыхъ преподавателей этой школы.

Лѣтомъ 1885 г., я осматривалъ внутреннее устройство медицинской школы при St. Thomas's hospital и познакомился съ порядками веденія преподаванія въ этомъ врачебно-образовательномъ учрежденіи. Полагаю, что нѣкоторыя историческія свѣдѣнія о развитіи этой англійской школы не покажутся безъинтересными и для русскихъ врачей.

Хотя учрежденіе St. Thomas, какъ госпиталь, существуетъ съ 1557 г., но медицинская школа при немъ была учреждена только въ 1703 г. Сначала она имѣла назначеніе приготовлять только практическихъ врачей по хирургіи; профессоромъ этой медицинской школы былъ знаменитый хирургъ Чизельденъ (Cheselden) въ 1717 г., который преподавалъ анатомію и хирургію; въ его аудиторію стекались не только студенты St. Thomas's hospital, но и сосѣдняго, въ то время весьма богатаго медицинскаго колледжа *Guy*'s hospital. Прочіе предметы медицинскаго курса студенты St. Thomas's hospital изучали въ учрежденіяхъ при Guy's hospital; вслѣдствіе этого врачебно-образовательныя учрежденія двухъ названныхъ госпиталей въ теченіи прошлаго и начала текущаго столѣтія носили общее названіе «United hospital». — Съ 1784 г. въ этомъ соединенномъ врачебно-образовательномъ учрежденіи выступаетъ Эстлей Куперъ (Astley Cooper) въ роли преподавателя (teacher) по анатоміи и хирургіи, въ помощь извѣстнаго въ то время профессора Генри Клейна (Henry Cline). Уже въ 1813 г. при St. Thomas's hospital были воздвигнуты анатомическій театръ и музей, устройство которыхъ въ то время уже стоило 30,000 руб., а двумъ названнымъ преподавателямъ — Клейну и Куперу — администрація госпиталя выдавала ежегодно въ видѣ жалованья по 10,000 руб. каждому. Съ того времени эта медицинская школа стала разсадницей вполнѣ ученыхъ и весьма практическихъ врачей-хирурговъ; въ продолженіи полустолѣтія, съ 1784—1825 г., Эстлей Куперъ неутомимо работалъ съ анатомическимъ скальпелемъ и хирургическимъ ножемъ въ рукахъ; своими анатомо-патологическими изслѣдованіями и клиническими наблюденіями этотъ геніальный анатомо-хирургъ обогатилъ англійскую медицинскую литературу и оставилъ по себѣ два по истинѣ *рукотворныхъ памятника*—музеи въ St. Thomas's и Guy's hospital. Къ сожалѣнію, чрезмѣрный умственный трудъ не могъ не отзываться гибельно на мозговой сферѣ этого учителя: въ 1825 г. у Эстлея Купера обнаружились мозговыя страданія и родственники его предложили племянника —

д-ра Брансбея Купера (Bransby Cooper) — въ преемники клинической каѳедры въ медицинской школѣ St. Thomas's hospital; но администрація послѣдняго признала больше достоинствъ за Джономъ Флинтомъ (John Flint. South), который и былъ избранъ хирургомъ въ названномъ госпиталѣ; а Брансбей Куперъ остался преемникомъ своего дяди въ Guy's hospital. Съ того времени медицинскія учрежденія такъ назыв. «United-hospital распались на двѣ самостоятельныя школы.

Въ настоящее время Medical School of St. Thomas's hospital помѣщается въ особенномъ зданіи, расположенномъ на южной сторонѣ описаннаго мною выше учрежденія. Учебно-вспомогательныя лабораторіи и секціонныя залы отдѣляются отъ больничныхъ палатъ небольшимъ садомъ, въ центрѣ котораго воздвигнутъ памятникъ мэру города Лондона, Мистеру Гайю, пожертвовавшему большую сумму на учрежденіе медицинскихъ школъ. Зданіе школы состоитъ изъ двухэтажнаго дома, фасадомъ обращеннаго къ Темзѣ. Въ нижнемъ этажѣ расположены читальня для студентовъ, библіотека, анатомическій музей; въ верхнемъ этажѣ — аудиторіи, секціонный залъ, химическая и физіологическая лабораторіи. Всѣ эти учебно-вспомогательныя учрежденія приспособлены для небольшаго числа учащихся; во всей этой школѣ числится не болѣе 200 студентовъ-медиковъ. Тѣмъ не менѣе, число преподавателей здѣсь не меньше, чѣмъ въ любомъ медицинскомъ факультетѣ нашихъ университетовъ; именно: 25 профессоровъ и 15 преподавателей или демонстраторовъ; изъ нихъ:

по клинической хирургіи . . 4 профессора
» описательной анатоміи . . 2 профессора
» оперативной хирургіи . . 2 преподавателя (teachers)
» практической анатоміи . . 4 демонстратора.

При такомъ обиліи руководителей нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, что студенты этой школы имѣютъ полную возможность изучать теорію и практику главныхъ отраслей медицины въ теченіи трехъ лѣтъ, каковой срокъ обязателенъ для каждаго, желающаго получить званіе врача, хирурга или аптекаря (см. выше, глава I). На сколько преподаваніе анатоміи ведется здѣсь обстоятельно, — я могъ лично убѣдиться при моемъ посѣщеніи этой школы 2/VII, 1885. Въ этотъ день, въ 3 часа пополудни, проф. Мэзонъ (Mason) излагалъ предъ небольшой группой студентовъ «область колѣннаго сочлененія въ анатомо-топографическомъ отношеніи», причемъ лекторъ старался каждый анатомическій фактъ иллюстрировать многими примѣрами изъ хирургиче-

ской практики. Когда профессоръ кончилъ свою теоретическую лекцію по прикладной анатоміи (manipulative Surgery), студенты собрались въ комнату, смежную съ аудиторіею, гдѣ молодой преподаватель, д-ръ Тэйлоръ (Taylor) демонстратировалъ собравшимся слушателямъ рядъ анатомическихъ препаратовъ по той же области колѣна и, указывая каждому студенту отдѣльно тотъ или другой органъ, онъ разспрашивалъ названіе и значеніе ихъ; такого рода повторительная бесѣда продолжалась около двухъ часовъ, по окончаніи которой студенты вышли вполнѣ довольными указаніями своего демонстратора.

И такъ, я лично убѣдился въ томъ, что въ этой школѣ существуетъ обычай — по окончаніи лекціи, провѣрять каждаго слушателя, на сколько онъ усвоилъ себѣ теоретическія свѣдѣнія, преподанныя профессоромъ съ каѳедры.

Кромѣ того, я ознакомился здѣсь съ весьма богатымъ анатомическимъ музеемъ, которому положили основаніе первые профессора этой школы — Генри Клейнъ и Эстлей Куперъ.

Анатомическій музей St. Thomas's hospital.

Зала музея въ вышину занимаетъ оба этажа зданія школы; весь потолокъ залы крытъ стекломъ на подобіе того, какъ это устраивается въ парникахъ; желѣзные шкапы съ препаратами расположены въ три яруса такъ, что каждый препаратъ вполнѣ доступенъ обозрѣвателю. О богатствѣ этого музея можно получить нѣкоторое представленіе по печатному каталогу его, составляющему три тома in 8°; первый томъ изданъ былъ Джономъ Флинтомъ—преемникомъ Эстлея Купера— и заключаетъ въ себѣ описаніе препаратовъ по нормальной, микроскопической и сравнительной анатоміи; второй и третій томы составлены современнымъ профессоромъ хирургіи — Сиднеемъ Джонсомъ (Sidney Jones) и заключаютъ въ себѣ описаніе препаратовъ по патологической анатоміи.

Коллекція препаратовъ по анатоміи человѣка раздѣлена на два отдѣла: физіологическій и анатомо-патологическій. Въ первомъ отдѣлѣ препараты расположены въ слѣдующемъ порядкѣ:

I. Органы движенія и чувства.
II. Центральная мозговая система.
III. Органы сосудистой системы.
IV. Дыхательные органы.
V. Пищеварительные органы.
VI. Мочевые органы.
VII. Половые органы.

VIII. Ткани вообще.

Патологическій отдѣлъ заключаетъ въ себѣ до 3,000 препаратовъ, расположенныхъ въ слѣдующей системѣ:

I. Поврежденія костей: переломы.
II. Поврежденія суставовъ: вывихи.
III. Болѣзни костей.
IV. Болѣзни сочлененій.
V. Болѣзни позвоночника.
VI. Поврежденія и болѣзни мышечной системы.
VII. Поврежденія и болѣзни глаза.
VIII. Поврежденія и болѣзни уха.
IX. Поврежденія и болѣзни носа и Гайморовой полости.
X. Поврежденія и болѣзни кожи и подкожной клѣтчатки.
XI. Поврежденія черепа.
XII. Поврежденія позвоночника.
XIII. Поврежденія и болѣзни нервной системы.
XIV. Поврежденія полостей рта, зѣва, глотки и пищевода.
XV. Поврежденія и болѣзни желудка.
XVI. Поврежденія и болѣзни кишечника и брюшины.
XVII. Завороты кишечника, внутреннее ущемленіе грыжи.
XVIII. Поврежденія и болѣзни печени.
XIX. Болѣзни поджелудочной желѣзы и слюнныхъ желѣзъ.
XX. Поврежденія и болѣзни селезенки.
XXI. Болѣзни щитовидной, зобной и надпочечной желѣзъ.
XXII. Поврежденія и болѣзни дыхательнаго аппарата.
XXIII. Поврежденія и болѣзни сердца и сердечной сумки.
XXIV. Поврежденія и болѣзни артерій и венъ.
XXV. Болѣзни лимфатической системы и молочной желѣзы.
XXVI. Поврежденія и болѣзни почекъ и мочеточниковъ.
XXVII. Поврежденія и болѣзни мочеваго пузыря.
XXVIII. Болѣзни предстательной желѣзы, сѣмянныхъ пузырьковъ и мочеиспускательнаго канала.
XXIX. Поврежденія и болѣзни мужскаго половаго органа.
XXX. Поврежденія и болѣзни яичекъ и мошонки.
XXXI. Болѣзни яичниковъ и Фалопіевыхъ трубъ.
XXXII. Поврежденія и болѣзни матки, влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ.
XXXIII. Болѣзни и смѣщеніе оплодотвореннаго яйца.

XXXIV. Болѣзни груди.
XXXV. Опухоли и другіе патологическіе наросты.
XXXVI. Уродства.
XXXVII. Восковые препараты и слѣпки.

Всѣ эти препараты обработаны весьма тщательно и снабжены ярлыками, на которыхъ указывается значеніе препарата.

Я видѣлъ, какъ студенты занимаются въ этомъ анатомическомъ музеѣ, готовясь къ предстоящему экзамену; и все необходимое для подробнаго ознакомленія съ этимъ натуральнымъ атласомъ патологической анатоміи имѣется къ услугамъ студентовъ и постороннихъ посѣтителей. Я обращаю вниманіе читателя на этотъ фактъ потому, что въ нашихъ медицинской академіи и университетахъ всѣ подобные музеи не вполнѣ достигаютъ предназначенной цѣли, такъ какъ студенты обыкновенно мало знакомы съ имѣющимися въ музеѣ препаратами вслѣдствіе того, что доступъ къ нимъ не вполнѣ свободенъ. На западѣ, въ особенности въ Англіи, Шотландіи и Франціи, анатомическіе музеи дѣйствительно играютъ роль учебно-вспомогательныхъ учрежденій, въ которомъ студентъ имѣетъ полную возможность воочію убѣдиться въ томъ, о чемъ онъ слышалъ въ аудиторіи или вычиталъ въ книгѣ.

Въ этомъ музеѣ подъ шифромъ Y 125 (отдѣлъ XXIV) я подробно осмотрѣлъ знаменитый препаратъ брюшной аорты, на который была наложена лигатура Э. Куперомъ вслѣдствіе аневризмы наружной подвздошной артеріи. Наброшенная петля состоитъ изъ бумажной нити и помѣщается на аортѣ непосредственно надъ мѣстомъ ея раздвоенія на правую и лѣвую подвздошныя артеріи; въ полости брюшной аорты видѣнъ тромбъ длиною въ дюймъ и сросшійся съ intima сосуда; далѣе, общая подвздошная артерія (art. iliaca communis), какъ на правой, такъ и на лѣвой сторонѣ, также выполнена тромбами; только на первой тромбъ длиннѣе, нежели на второй; аневризма сидѣла также на правой наружной подвздошной артеріи. Рядомъ съ этимъ препаратомъ выставленъ другой подъ шифромъ Y 126, показывающій аневризму наружной подвздошной артеріи величиною въ дѣтскую голову; и въ этомъ случаѣ брюшная аорта была перевязана Джономъ Флинтомъ.

Весьма поучителенъ XVII отдѣлъ, заключающій въ себѣ почти всѣ препараты, описанные Э. Куперомъ въ его классической монографіи о грыжахъ; здѣсь я видѣлъ выпаденіе мочеваго пузыря чрезъ сѣда-

лищное отверстіе, такъ назыв. hernia ischiadica, hernia perinealis, hernia diaphragmatica и тому подобныя рѣдкія формы грыжи.

Въ отдѣлѣ XXVII выставлены витрины съ коллекціей мочевыхъ камней, числомъ до 250 и на каждомъ указанъ химическій анализъ и вѣсъ объекта.

Наконецъ, въ музеѣ находится еще до 1000 препаратовъ по сравнительной анатоміи, изъ нихъ многіе приготовлены тѣмъ же анатомохирургомъ Э. Куперомъ, который демонстрировалъ ихъ на своихъ лекціяхъ, читанныхъ имъ въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ».— По этимъ препаратамъ можно отчасти судить, каковъ былъ идеалъ хирурга во время Э. Купера; къ сожалѣнію, современные представители хирургіи удаляются отъ этого идеала!

Литературные источники:

1) F. Oppert. *Hospitals, Infirmaries and Dispensaries.* London 1883, стр. 147 и др.

2) Seymoor Charkey and Mason. *St. Thomas's hospital Reports,* т. XII и XIII, 1883—1884.

3) Mac-Cormac. *Notes and recollections of ambulance surgeon.* London 1871.

4) Ibidem. *Antiseptic surgery, its principles and practice.* London 1880.

5) Ibidem. *On gunshot-wound of lower extremity* (St. Thomas's hospital Reports, 1885).

6) Ibidem. *On bloodless operations* (Тамъ-же).

7) Ibidem. *An operation for naso- pharyngeal growths* (Тамъ-же).

8) Ibidem. *On removal of scapula* (Тамъ-же).

9) Ibidem. *On thyroid unreduced* (Тамъ-же).

10) Ibidem. *On extrophy of bladder* (Тамъ-же).

11) Ibidem. *Thyroidectomy* (см. «British Medical Journal» 1874).

12) Ibidem. *Gastrostomy* (Тамъ-же).

13) Ibidem. *A case of hernia strangulated for eight days; herniotomy, recovery* (См. «The Lancet» 1884).

14) Ibidem. *On the final result of a case in which the shoulder- and elbow joints of the right arm were excised for gunshot injury.* (См. «British Medical Journal» 1880).

15) Ibidem. *Surgical Operations.* Part. I. *The ligature of arteries.* London 1885.

16) Freedman. Anestesia. London 1885.

17) Clarke. *Autobiographical Recollections of the medical profession.* London 1874.

88) XVI Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin 1887.

Глава V.

St. George's hospital and Medical School. Устройство и порядки этого врачебно-образовательнаго учрежденія. Больничная прислуга. Порядокъ храненія и обеззараживанія бѣлья. — Устройство медицинской школы.— Гонораръ, вносимый студентами за обученіе въ школѣ. Хирургическая дѣятельность представителей этой школы. — Проф. Гольмсъ на амбулаторномъ пріемѣ больныхъ. Планъ хирургическаго отдѣленія.—Гольмсъ при визитаціи палатъ и богатство его клиническаго матеріала. Операціонный залъ и способъ наркотизаціи больныхъ. Гольмсъ у операціоннаго стола. *Exarticulatio cruris*, *Resectio coxae*, *Amputatio penis*; *Cystoraphia vesicae urinariae* - какъ примѣры оперативной техники Гольмса. — *Amputatio cruris* и *Amputatio mammae*, произведенные проф. Пикомъ; нѣсколько словъ о клинической лекціи послѣдняго. — *Resectio genu* по Роузу.— *Amputatio mammae* и *Extirpatio neoplasmatis colli*, произведенныя проф. Гауардомъ.—Перечень научныхъ трудовъ Гауарда, Роуза, Пика и Гольмса. Критическая оцѣнка учебника по хирургіи, составленнаго Гольмсомъ. Взглядъ этого ученаго хирурга на процессъ «воспаленіе» и на зародышевую теорію Листера. Нѣкоторыя общія заключенія. — Литературные источники.

Въ западной части Лондона, на-супротивъ южной стороны обширнѣйшаго парка (Heyde-Park), расположено четырехэтажное каменное зданіе, носящее надпись «St. George's hospital founded 1733 by voluntary contributions» [1]. Эта общественная больница пользуется большою популярностью среди людей средняго сословія; въ ней принимаются больные безплатно по запискамъ попечителей больницы. Количество призрѣваемыхъ больныхъ въ годъ доходитъ до 4000 коечныхъ и 16800 приходящихъ; ежегодный бюджетъ этой больницы опредѣляется въ 324,350 руб. и всю эту сумму доставляютъ частныя пожертвованія;

Устройство и порядки этого врачебно-образовательнаго учрежденія.

---

[1]) St. George's hospital основанный въ 1753 году на добровольныя приношенія.

со стороны правительства больницѣ дана только льгота—быть освобожденною отъ городскихъ налоговъ.

Съ внутреннимъ устройствомъ этого врачебно-образовательнаго учрежденія я ознакомился еще въ августѣ 1884 г., благодаря любезности мѣстнаго врача д-ра Маршаля (F. I. Marshall), состоящаго въ должности «Resident Medical Officier», соотвѣтствующей нашему званію завѣдующаго медицинской частью госпиталя.—Д-ръ Маршаль не только показывалъ мнѣ всѣ палаты и различныя хозяйственныя приспособленія больницы, но снабдилъ меня нѣсколькими печатными отчетами (Annual Report of St. George's hospital), которыми я теперь воспользуюсь для составленія болѣе обстоятельнаго описанія этого учрежденія.

Зданіе больницы состоитъ, кромѣ подвальнаго, изъ четырехъ этажей; въ первомъ расположены палаты для больныхъ, случайно заболѣвшихъ и не терпящихъ отлагательствъ, такъ назыв. «for accidents and urgent cases»; такого рода больные принимаются во всякое время и безъ всякой рекомендаціи; во второмъ этажѣ помѣщаются хирургическіе больные, въ третьемъ — терапевтическіе, а въ самомъ верхнемъ этажѣ расположены помѣщенія для сестеръ милосердія и больничной прислуги.

При обходѣ больничныхъ палатъ нетрудно замѣтить, что администрація этой больницы главнымъ образомъ заботится о гигіэнической обстановкѣ, безъ всякой претензіи па роскошь. Такъ, напр., полы въ корридорахъ и палатахъ не крашены для того, чтобы ихъ можно было ежедневно мыть мыломъ; дѣйствительно, эти гладкія и бѣлыя половицы представляются болѣе чистыми, нежели паркетные полы въ нашихъ лучшихъ клиникахъ. Въ каждой палатѣ помѣщается 14—20 коекъ въ такомъ отношеніи къ пространству палаты, что на каждую койку приходится до 2,000 куб. футовъ. Больничныя койки весьма простаго устройства: онѣ состоятъ изъ желѣзныхъ шестовъ, на которыхъ плотно натянута корабельная парусина. Нечего, я думаю выставлять преимущества подобной койки въ отношеніи дезинфицированія; но для хирургическихъ цѣлей имѣются въ больницѣ и болѣе сложныя койки; такъ, напр., я видѣлъ одного рахитическаго ребенка, который помѣщался на *водяной кровати*, т. е., это былъ цинковый четырехугольный резервуаръ, наполненный водою комнатной температуры и покрытый резиновою тканью; поверхъ этой резины кладется обыкновенный тюфякъ и постельное бѣлье. Повидимому, болѣзненный ребенокъ чувствовалъ себя весьма удобно на этомъ эластическомъ ложѣ.

Вентиляція палатъ производится, помимо каминовъ, еще особеннымъ

устройствомъ оконъ: стекла послѣднихъ состоятъ изъ ряда узкихъ параллельныхъ полосъ, вставленныхъ въ желѣзныя рамы; при поворотѣ средняго рычага или затвора окна, всѣ эти стеклянныя полосы располагаются подъ острымъ угломъ и параллельно другъ къ другу, какъ это дѣлается съ деревянными жалюзи; вслѣдствіе этого вдоль всего окна образуются болѣе или менѣе широкія щели, смотря по желанію, допускающія свободный притокъ воздуха въ палату. Такого рода устройства оконъ я видѣлъ въ нѣкоторыхъ парижскихъ общественныхъ ресторанахъ и вагонахъ городской желѣзной дороги; эти окна допускаютъ возможность постоянно вентилировать внутренній воздухъ, не производя сквознаго вѣтра, такъ какъ притокъ внѣшняго воздуха направляется особенно вверхъ, къ потолку. Но такія окна стоютъ очень дорого, такъ какъ они должны быть сдѣланы изъ толстаго зеркальнаго стекла. Благодаря такому устройству оконъ, воздухъ въ палатахъ St. George's hospital не имѣетъ никакого специфическаго запаха, даже въ хирургическомъ отдѣленіи, гдѣ разставлены особенные станки, обтянутые полотномъ, пропитаннымъ карболовою жидкостью; это дѣлается съ цѣлью обеззараживать воздухъ отъ нисшихъ микроорганизмовъ, зарождающихся въ гноящихся ранахъ. Вполнѣ справедливо замѣтилъ д-ръ Маршаль, что эти дезинфекторы (такъ онъ назвалъ вышеупомянутые станки) совершенно излишни, ибо карболовая кислота до того быстро испаряется и выносится изъ палаты, что чрезъ $^1/_2$ часа послѣ того, какъ полотно оросили $5^0/_0$ карболовымъ растворомъ, отъ него уже не слышно запаха дезинфицирующаго вещества.

Не странно ли видѣть, что при всей строгости санитарныхъ требованій, госпитальные больные и здѣсь остаются въ своемъ носильномъ бѣльѣ и верхней одеждѣ? Противъ брезгливости англійскаго народа къ госпитальному бѣлью трудно бороться администраціи больницы.

На стѣнахъ палатъ развѣшены гравюры и картины житейскаго, а не религіознаго содержанія. Больничная прислуга—большею частью женская; одежда на нихъ не форменная, какъ это я видѣлъ въ другихъ англійскихъ больницахъ, а самая разнообразная. Въ отличіе ученицы отъ больничарки или сестры-милосердія, первая носитъ на плечѣ синій бантъ. Всѣ эти мелочи, взятыя en masse, придаютъ больницѣ характеръ чего-то семейнаго и снимаютъ съ нея ту казенную, казарменную печать, которая видна на всѣхъ нашихъ общественныхъ больницахъ.

St. George's hospital всего располагаетъ 351 койкой; изъ этого числа 205 мѣстъ предназначены для хирургическихъ и 146—для терапевтическихъ больныхъ. Во время моего перваго посѣщенія этой больницы въ ней находилось 180 женщинъ и 170 мужчинъ; но такое отношеніе—случайное, ибо больные здѣсь размѣщаются по роду болѣзни, а не по полу, либо возрасту; поэтому нерѣдко случается, что въ одной палатѣ лежатъ и мужчины и женщины. При перевязкѣ или при совершеніи туалета больнаго койка его ограждается переносной ширмой. Всѣ больничныя койки безплатны.

Больничная прислуга.

Меня поразило здѣсь обиліе больничной прислуги: всего въ St. George's hospital числится 120 человѣкъ прислуги, получающей отъ 130 до 320 руб. въ годъ жалованья, кромѣ полнаго и, къ слову сказать, весьма хорошаго содержанія. Такъ, напр., я осматривалъ здѣсь помѣщенія для прислуги и нашелъ ихъ не только вполнѣ удобными, но даже комфортабельными. Весь четвертый этажъ зданія отведенъ для прислуги и сестеръ-милосердія. Тамъ большія, свѣтлыя и просторныя залы разгорожены деревянными простѣнками на отдѣльныя, такъ сказать, каюты, носящія извѣстный №; каждая каюта снабжена кроватью, небольшимъ столикомъ, стуломъ и предназначена для отдыха одной прислуги; опредѣленное число такихъ каютъ составляютъ отдѣленіе, къ которому приставлена особенная хозяйка. Кромѣ этихъ каютъ, для служащихъ при больницѣ имѣются вблизи кухни особыя чайныя и столовыя комнаты, куда собирается прислуга по очереди къ обѣду, завтраку или чаю; при столовой находится красиво убранная комната, имѣющая назначеніе читальни или пріемнаго зала, предназначеннаго также для больничной прислуги; это такъ назыв. «drawing room» походитъ на роскошный кабинетъ зажиточнаго джентельмена. На мое замѣчаніе, что подобная обстановка не составляетъ-ли излишнюю роскошь для больничарокъ или «nurses»,—сопровождавшій меня д-ръ Маршаль возразилъ, что среди больничной прислуги есть весьма много знатныхъ дѣвушекъ, для которыхъ указанная обстановка не есть роскошь, а обыденная потребность жизни.

Кухня, въ которой больничная пища приготовляется на пару и помощью усовершенствованныхъ снарядовъ (напр., мясо для котлетъ измельчается посредствомъ особенной машины, приводимой въ движеніе паромъ), представляетъ собою просторную кулинарную лабораторію, поражающую своей чистотой и образцевымъ порядкомъ.

Въ глубинѣ двора больничнаго зданія находится отдѣльное помѣщеніе для храненія грязнаго бѣлья; здѣсь во 1) обыкновенное бѣлье, бывшее уже въ употребленіи, бросается въ особенные ящики, постоянно провѣтриваемые; 2) подозрительное бѣлье помѣщается въ особенныя камеры, наполненныя растворомъ карболовой кислоты, гдѣ оно остается 24 часа до стирки; въ 3) завѣдомо зараженныя вещи вносятся въ дезинфекціонную камеру и обеззараживаются горячимъ паромъ въ 130°—180° Ц.

Порядокъ храненія и обеззараживанія бѣлья.

При St. George's hospital находится также школа, въ которой обучается до 200 молодыхъ людей, посвятившихъ себя изученію медицинскихъ наукъ. Эта школа ежегодно принимаетъ вновь поступающихъ не болѣе 50 человѣкъ.

Устройство медицинской школы.

При осмотрѣ зданія этого колледжа, д-ръ Маршаль ввелъ меня прежде всего въ столовую и курительную для студентовъ; устройство и порядокъ этого помѣщенія напоминаетъ собою небольшой ресторанъ, управляемый опытной и весьма приличной хозяйкой. Въ курительной комнатѣ на стѣнѣ находится большой циферблатъ, на которомъ нанесены фамиліи всѣхъ профессоровъ съ обозначеніемъ времени ихъ занятій въ клиникахъ или аудиторіяхъ; большая стрѣлка, приводимая въ движеніе электрической проволокой, указываетъ кто изъ лекторовъ читаетъ въ данное время, кто изъ клиницистовъ обходитъ палаты, оперируетъ и т. п.; короче, этотъ циферблатъ указываетъ студентамъ— куда направиться для своихъ занятій. Изъ столовой ведетъ дверь въ небольшой чистенькій дворъ или лужайку, на которой разставлены сѣти и прочія приспособленія для игры въ lown-tennis, на что такъ падки не только молодые люди, но и всѣ англичане вообще. Противъ студенческой столовой находится препаровочная зала, гдѣ студенты лѣтомъ упражняются въ операціяхъ на трупахъ, а зимой занимаются приготовленіемъ анатомическихъ препаратовъ. Зала, правда, невелика, но достаточно свѣтла и хорошо вентилирующаяся; она имѣетъ стекляную крышу. Во время моего осмотра, штукатурка со стѣнъ этой препаровочной соскабливалась и вообще въ анатомической лабораторіи производилась ремонтировка помѣщенія. Д-ръ Маршаль, между прочимъ, мнѣ передалъ, что администрація St. George's hospital давно сознаетъ крайнюю необходимость расширить помѣщенія учебно-вспомогательныхъ лабораторій, но недостатокъ мѣста лишаетъ больницу возможности привести эти желанія въ исполненіе. Впрочемъ, она

надѣется, что городъ рано или поздно придетъ ей на помощь и расширитъ территорію больницы.

Рядомъ съ препаровочной находится небольшой амфитеатръ, служащій аудиторіею для чтенія лекцій по анатоміи, и кабинетъ профессора Эварта (W. Ewart); на стѣнѣ этого кабинета виситъ большая воловья шкура, которая, какъ мнѣ объяснилъ д-ръ Маршаль, есть кожа той коровы, отъ которой знаменитый Дженнеръ (Jenner) получилъ первую лимфу для искусственной прививки оспы. Рядомъ съ этимъ далеко неизящнымъ памятникомъ славы терапевта виситъ портретъ знаменитаго Джона Гёнтера (John Hunter) и рисунокъ того дома, въ которомъ нѣкогда жилъ этотъ великій анатомъ и хирургъ. Эти два представителя двухъ главныхъ отраслей медицины—терапіи и хирургіи—въ стѣнахъ этой небольшой больницы нашли средство для своихъ научныхъ изслѣдованій, сдѣлавшихся достояніемъ всего человѣчества. Вотъ почему St. George hospital по-нынѣ хранитъ въ своей памяти неувядаемую славу Дженнера и Джона Гёнтера.

Изъ аудиторіи ведетъ дверь въ небольшой анатомическій музей, гдѣ, между прочими препаратами, весьма тщательно приготовленными, я видѣлъ богатую коллекцію мочевыхъ камней; тутъ-же лежащій рукописный каталогъ разъясняетъ значеніе каждаго препарата.

Въ томъ же зданіи находится особенное помѣщеніе для храненія труповъ и секціонный залъ; въ послѣднемъ столъ и прочая мебель сдѣланы изъ желѣза; вентиляція въ этой комнатѣ на столько усовершенствована, что, не смотря на лѣтнее время года, въ ней не слышно было ни малѣйшаго трупнаго запаха, ибо трупы хранятся въ особенныхъ, герметически закрытыхъ ящикахъ, которые вдвигаются въ ниши, окруженныя льдомъ.

По словамъ д-ра Маршаля, число труповъ въ годъ доходитъ до 600, изъ нихъ 500 подвергаются анатомо-патологическимъ вскрытіямъ и идутъ на другія учебныя потребности медицинской школы; только тѣ трупы не вскрываются, родственники или друзья которыхъ не желаютъ этого; обыкновенно такихъ случаевъ немного.

Вблизи анатомическаго института этой школы находится еще библіотека и студенческая читальня, на столахъ которой я видѣлъ почти исключительно учебники. Если студентъ нуждается въ какомъ-нибудь руководствѣ, котораго въ библіотекѣ нѣтъ, то книга эта немедленно выписывается, по заявленію трехъ учащихся въ необходимости имѣть ее въ читальнѣ.

Профессора и прозекторы этой школы, какъ я уже обстоятельно говорилъ объ этомъ въ первой главѣ, выбираются изъ штата врачей, завѣдующихъ отдѣленіями въ St. George's hospital. Но необходимо замѣтить, что преподавательскій трудъ оплачивается большимъ гонораромъ, вносимымъ слушателями. Чтобы выяснить читателю, на какія средства устраиваются и поддерживаются всѣ вышеописанныя врачебнообразовательныя учрежденія медицинскихъ школъ, я позволю себѣ привести здѣсь нѣкоторыя числовыя данныя, указывающія суммы, вносимыя каждымъ студентомъ за право обученія преподаваемымъ наукамъ.

Гонораръ, вносимый студентами за обученіе въ школѣ.

Таблица IV. *Плата за обученіе въ медицинской школѣ St. George's hospital.*

	ф. ст.	ш.	пен.
При поступленіи студентъ обязанъ вносить	130 ф. ст.	— ш.	— пен.
За практ. въ клиник. въ теченіи 3-хъ лѣтъ	63 » »	— »	— »
» лекціи по анатоміи	8 » »	18 »	6 »
» » » физіологіи	8 » »	18 »	6 »
» » » химіи	7 » »	17 »	6 »
» » » терапіи	8 » »	18 »	6 »
» » » хирургіи (включая офтальмологію)	8 » »	18 »	6 »
» » » акушерству	5 » »	15 »	6 »
» » » фармакологіи	5 » »	15 »	6 »
» » » судебной медицинѣ (вмѣстѣ съ психологіею)	5 » »	15 »	6 »
» » » ботаникѣ	4 » »	14 »	6 »
» практическія упражненія въ химіи	4 » »	4 »	— »
» каждый курсъ практ. упраж. въ фармакологіи	4 » »	4 »	— »
» » » » упраж. въ операт. хирургіи	4 » »	4 »	— »
» два курса (обязательныхъ) упражн. по патол. анатоміи	6 » »	6 »	— »
» одинъ курсъ упр. по гистологіи	3 » »	3 »	— »
» » » » » физіол. химіи	3 » »	3 »	— »
» » » » » сравнит. анатоміи	4 » »	4 »	— »
Въ библіотеку за 3 года	1 » »	10 »	6 »
За экзамены въ теченіи трехъ лѣтъ	110 » »	— »	— »
Итого	*399 ф. ст.*	*11 ш.*	*— п.*

Слѣдовательно, каждый студентъ вноситъ въ теченіи трехъ лѣтъ 399 фунтовъ стерлинговъ и 11 шиллинговъ, что составляетъ почти 4000 руб. Считаю нужнымъ замѣтить, что это сумма минимальная, такъ какъ въ представленной мною таблицѣ я приводилъ плату для такъ назыв. «perpetual pupils», т. е., постоянныхъ студентовъ, вносящихъ всю требуемую плату заразъ. Если же студентъ вноситъ плату по частямъ и за каждый курсъ отдѣльно, то его расходы увеличиваются на треть, ибо плата за годичный курсъ немногимъ меньше, нежели за неограниченный курсъ (такъ назыв. illimited course); напр., за слушаніе лекціи одного курса анатоміи взимается 7 ф. 7 ш., и два курса обязательны; стало быть, всего студентъ заплатитъ 14 ф. 14 ш.; но если онъ запишется на безграничный курсъ, то съ него взимается всего 8 ф. 18 ш., которыя онъ долженъ вносить заразъ [1]).

Кромѣ того, въ вышеприведенную сумму не внесена плата за практическія упражненія въ анатомическихъ вскрытіяхъ, въ акушерскихъ операціяхъ, равно какъ за спеціальные курсы по накожнымъ, гортаннымъ, ушнымъ и зубнымъ болѣзнямъ, такъ какъ въ указателѣ St. George's hospital, откуда заимствованы мною вышеприведенныя числа, сказано, что плата за эти предметы взимается по соглашенію съ преподавателями. Наконецъ, замѣчу, что такая высокая цифра гонорара существуетъ и въ другихъ медицинскихъ школахъ Лондона; въ нѣкоторыхъ колледжахъ (напр., King's и University's College) сумма эта даже выше, такъ какъ число преподаваемыхъ предметовъ больше.

И такъ, обученіе медицинѣ обходится въ Лондонѣ каждому студенту не менѣе 1250 руб. въ годъ. Если принять число студентовъ въ годъ только въ 200 человѣкъ, то въ итогѣ каждая школа получаетъ гонораръ 250,000 руб. въ годъ. На такую почтенную сумму можно содержать не только медицинскую школу, но и любой медицинскій факультетъ европейскаго университета, тѣмъ болѣе, что содержаніе различныхъ клиникъ не входитъ въ смѣту расходовъ школы.

Хирургическая дѣятельность представителей этой школы.

Познакомивъ читателя съ общимъ строемъ St. George's hospital, я перейду къ описанію дѣятельности представителей этой школы. Въ роли клиницистовъ и операторовъ здѣсь функціонируютъ четыре профессора по хирургіи: Гольмсъ (Holmes), Гауардъ (Haward), Роузъ (Rouse) и Пикъ (Pick); въ веденіи клиническаго преподаванія они чередуются

---

[1]) См. St. George's hospital Medical School. Session 1884—85. London, стр. 4 и слѣд.

въ слѣдующемъ порядкѣ: во время зимняго семестра теоретическія лекціи читаютъ первые два, а во время лѣтняго семестра — послѣдніе два преподавателя; но визитація больныхъ, въ роли завѣдующаго клиникой, входитъ въ обязанности каждаго изъ нихъ въ теченіи цѣлаго года.

Въ операціонной залѣ этого госпиталя вывѣшено слѣдующее заявленіе: «Никто изъ постороннихъ лицъ, не исключая иностранцевъ, не вправѣ занимать мѣста въ первыхъ рядахъ амфитеатра, назначенныя для хирурговъ и врачей, не будучи лично представлено кому либо изъ госпитальныхъ хирурговъ». Эта надпись побудила меня лично представиться въ 1885 г. проф. Гольмсу, какъ старѣйшему изъ хирурговъ этого госпиталя. 9-го августа, въ часъ дня, я вошелъ въ St. George's hospital; передавъ мое желаніе одному изъ служащихъ въ конторѣ больницы, мнѣ указали пріемную залу, куда собираются всѣ врачи, прежде чѣмъ они приступаютъ къ визитаціи палатъ. На стѣнахъ этой сборной комнаты висятъ портреты лицъ, причастныхъ дѣятельности St. George's hospital; такъ, на главномъ мѣстѣ красуется живописный портретъ Джона Гёнтера съ надписью «хирургъ сего госпиталя 1768—1793 г.»; затѣмъ здѣсь можно видѣть портреты лейбъ-хирурга англійскихъ королей Георга II и III — Цезаря Гаукинса (Caesar Hawkins), полевого хирурга Прескота Гевета (Prescott Hewett), Генри Чарлсъ Джонсона (Henry Charles Johnson), Тсзомасъ Юнга (Thomas Young) и многихъ другихъ знаменитыхъ врачей Лондона.

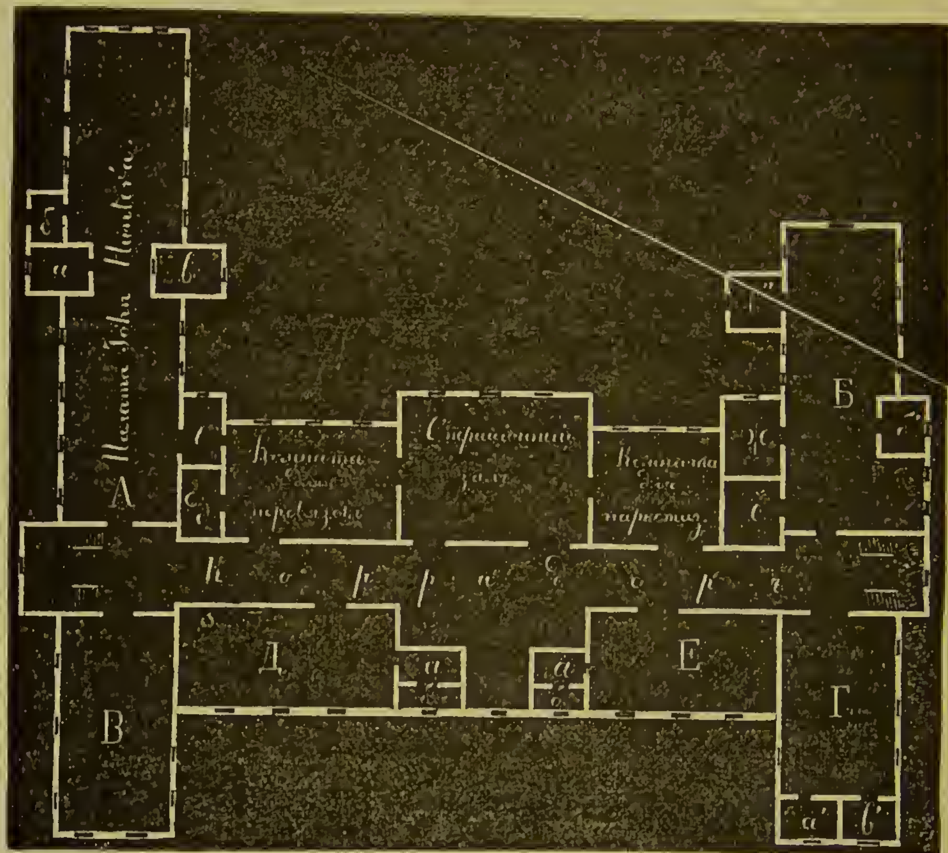
Профессоръ Гольмсъ на амбулаторномъ пріемѣ больныхъ.

Когда пріѣхалъ проф. Гольмсъ, которому передали мою визитную карточку, то онъ подошелъ ко мнѣ, спросилъ цѣль моего посѣщенія и тотчасъ-же весьма любезно предложилъ мнѣ сопровождать его при обходѣ больныхъ. Проф. Гольмсъ владѣетъ свободно французскимъ и нѣмецкимъ языками; съ иностранными врачами онъ, видимо, предпочитаетъ объясняться по нѣмецки. Онъ началъ обходъ съ амбуляторной; здѣсь онъ показалъ мнѣ мальчика 8 лѣтъ, у котораго онъ съ полгода назадъ резецировалъ правый колѣнный суставъ; оперированный носилъ шину и ходилъ вполнѣ свободно; при изслѣдованіи резецированнаго колѣна я нашелъ образованіе прочнаго анкилоза и сращеніе надколѣнника. Такой исходъ Гольмсъ считаетъ лучшимъ. Далѣе, въ пріемной ему представился больной съ гангреною половаго члена вслѣдствіе balanoposthitidis; проф. Гольмсъ приказалъ его принять и отослать въ хирургическое отдѣленіе; прочіе приходящіе больные не пред-

ставляли ничего особеннаго, поэтому онъ предоставилъ ихъ осмотрѣть ассистенту.

Изъ амбулаторной проф. Гольмсъ меня ввелъ въ хирургическое отдѣленіе, помѣщающееся во второмъ этажѣ зданія. Расположеніе палатъ, операціоннаго зала и прочихъ приспособленій читателю легко обозрѣть на прилагаемомъ при семъ планѣ (см. рис. 30).

Рис. 30



Планъ хирургическаго отдѣленія St. George's hospital въ Лондонѣ. А, Б, В, Г, Д, Е — хирургическія палаты; *а*, *а'* — ванныя комнаты; *б*, *б'* — ватеръ-клозеты; *в*, *в'*, *в''* — уборныя комнаты; *г* — шкапы съ перевязочнымъ матеріаломъ; *д* — шкапы съ хирургическими инструментами; *е* — чайная комната; *ж* — комната для дежурной сестры милосердія.

Въ хирургическомъ отдѣленіи больныхъ было очень много; они разсѣяны по различнымъ палатамъ. Нужно замѣтить, что въ St. George's hospital нѣтъ особенныхъ отдѣленій для каждаго хирурга, т. е., здѣсь можно видѣть въ одной и той же палатѣ больныхъ, подлежащихъ врачебному надзору различныхъ хирурговъ. Такъ, напр., въ большой палатѣ, носящей названіе Hunter's Ward, случайно сошлись въ одно время три профессора хирургіи: Гольмсъ, Роузъ и Пикъ и каждый изъ нихъ былъ окруженъ особенной группой студентовъ, пе-

редъ которыми профессора разбирали своихъ больныхъ. Каждый хирургъ узнаетъ своихъ больныхъ по цвѣту палатнаго листка, на которомъ крупными буквами напечатана фамилія того врача, надзору котораго подлежитъ данный больной. Я отмѣчаю этотъ фактъ не безъ удовольствія, ибо онъ указываетъ, насколько здѣсь солидарны корпоративныя отношенія врачей между собою; поэтому госпитальный врачъ не опасается контроля со стороны товарищей.

Въ этомъ госпиталѣ размѣщеніе больныхъ представляетъ не только эту особенность, вполнѣ заслуживающую подражанія, но и другіе порядки, которыхъ я почти нигдѣ не встрѣчалъ [1]). Напримѣръ, въ одной палатѣ я видѣлъ нѣсколько коекъ, занятыхъ женщинами, и рядомъ съ ними лежалъ молодой человѣкъ, страдавшій съуженіемъ задняго прохода, далѣе, мальчикъ лѣтъ 10 съ переломомъ голени. Короче, въ этой палатѣ перемѣшаны полъ и возрастъ больныхъ. Не знаю—на сколько такое уравненіе половъ можетъ вліять на нравственность дѣтей или больныхъ вообще; но во всякомъ случаѣ это обстоятельство указываетъ, что администрація госпиталя и врачебный персоналъ видятъ въ человѣкѣ прежде всего болѣзнь, требующую ухода, въ чемъ не слѣдуетъ отказывать больному лишь потому, что въ соотвѣтственномъ отдѣленіи нѣтъ свободной койки.

Профессоръ Гольмсъ при визитаціи палатъ.

Проф. Гольмсъ обходитъ палаты въ сопровожденіи группы студентовъ, ведущихъ исторіи болѣзни. Онъ тутъ же производитъ нѣкоторыя несложныя операціи; такъ, напримѣръ, онъ вскрылъ bursitis praepatellaris, свищъ задняго прохода, сдѣлалъ подъ наркозомъ пробный проколъ тазобедреннаго сочлененія, не примѣняя вовсе карболоваго spray. На мой вопросъ — примѣняетъ ли онъ Листеровскую перевязку, проф. Гольмсъ мнѣ категорически отвѣтилъ: «да, я употребляю перевязочный матеріалъ, предложенный Листеромъ, но его теоріи я не признаю». Ниже, при разборѣ научныхъ трудовъ этого ветерана хирургіи, я постараюсь разъяснить читателю значеніе категорическаго отвѣта проф. Гольмса. Пока же я только замѣчу, что, кромѣ употребленія карболизованной марли и обмыванія рукъ въ растворѣ карболовой кислоты до изслѣдованія больныхъ, я ничего похожаго на антисептику Листера здѣсь не видѣлъ.

Клиническій матеріалъ въ St. George's hospital представляетъ боль-

---

[1]) За исключеніемъ l'hôpital St. Louis въ Парижѣ, въ отдѣленіи проф. Пэана (см. ниже «Парижскія школы»).

ше разнообразія, нежели въ двухъ предшествовавшихъ школахъ; въ особенности здѣсь много случаевъ резекцій сочлененій; такъ, въ одинъ обходъ больницы проф. Гольмсъ мнѣ демонстрировалъ слѣдующее: а) *четыре случая резекцій колѣна* у дѣтей съ весьма хорошимъ исходомъ, т. е., съ образованіемъ анкилоза сустава; б) *два случая резекціи тазобедреннаго сочлененія*, изъ нихъ одинъ, у 12-лѣтняго мальчика, протекалъ весьма скверно: обильное отдѣленіе жидкаго гноя, вытекавшаго черезъ дренажъ, выведенный ниже большаго вертела бедра; крайнее истощеніе больнаго, образованіе пролежней на крестцѣ—все это указывало на гнилостное теченіе раны; другой случай—у взрослаго—находился уже въ періодѣ заживленія резекціонной раны; в) *три случая резекціи локтеваго сочлененія* протекали удовлетворительно; г) *случай полной резекціи тѣла лучевой кости* у 5-лѣтняго ребенка съ хорошимъ исходомъ, т. е., съ возстановленіемъ кости на счетъ сохраненной надкостницы; только ручная кисть у ребенка представлялась слегка искривленной внутрь, что, по моему мнѣнію, зависѣло отъ нарушенія параллелизма двухъ костей предплечья, т. е., резецированная лучевая кость сдѣлалась длиннѣе, нежели параллельная ей локтевая кость; д) *случай вылущенія таранной кости* съ цѣлью исправить положеніе стопы вслѣдствіе paralysis infantilis. Операція была сдѣлана 10 дней тому назадъ; таранная кость была вылущена черезъ разрѣзъ, проведенный по тылу стопы. Когда я осматривалъ этого ребенка, то разрѣзъ представлялся спаяннымъ, рана, видимо, протекала безъ нагноенія, металлическіе швы были удалены теперь только; е) *два случая ампутаціи голени* у ребятъ, которымъ прежде были сдѣланы резекціи въ голенно-стопномъ сочлененіи вслѣдствіе бугорчатаго страданія костей пятки; но такъ какъ клиническое теченіе ранъ мало обѣщало успѣха и оперированные стали жаловаться на боль, то проф. Гольмсъ считалъ нужнымъ ампутировать конечности на высотѣ нижней $^{1}/_{3}$ голени; представленные мнѣ ампутаціонныя культи были вполнѣ удовлетворительны; ж) *нѣсколько случаевъ остеотомій бедра* при искривленіяхъ костей въ колѣнномъ суставѣ—съ успѣхомъ; з) *ампутація двухъ первыхъ пальцевъ стопы* у 40-лѣтней женщины протекала скверно: вонючее, ихорозное отдѣленіе, омертвѣніе лоскутовъ и обнаженіе каріозныхъ концевъ плюсневыхъ головокъ; и) *случай malum perforans pedis* у мужчины среднихъ лѣтъ, которому была резецирована головка 2-й плюсневой кости стопы; состояніе раны было удовлетворительно.

Но, рядомъ съ этими оперированными, помѣщались больные съ весьма недоброкачественными ранами, какъ: два случая gangraenae penis—у молодыхъ людей; gangraenae senilis стопы — у 75-лѣтняго старика; много случаевъ «ulcera cruris» съ вонючимъ отдѣленіемъ и т. п. больные, составляющіе обыкновенный контингентъ городской больницы для чернорабочихъ.

Во всѣхъ этихъ клиническихъ случаяхъ матеріаломъ для перевязки ранъ или язвъ Гольмсъ употребляетъ Листеровскую марлю, которую, къ слову сказать, онъ расходуетъ слишкомъ щедро; она оказывается, по словамъ Гольмса, въ Лондонѣ весьма дешевымъ матеріаломъ; именно: 8 ярдовъ этой марли стоютъ одинъ шилингъ, т. е., менѣе 5 копѣекъ аршинъ.—Для фиксированія конечностей проф. Гольмсъ употребляетъ стекляныя повязки. За костнопластическими ампутаціями вообще, и за Пироговской въ особенности, онъ не признаетъ никакихъ преимуществъ. Впрочемъ, этотъ рутинный взглядъ я встрѣчалъ почти во всѣхъ англійскихъ и шотландскихъ клиникахъ.

Во время моего двукратнаго пребыванія въ Лондонѣ я часто посѣщалъ St. George's hospital и нерѣдко встрѣчался съ проф. Гольмсомъ, съ которымъ можно не безъ удовольствія побесѣдовать о различныхъ научныхъ вопросахъ, такъ какъ онъ, видимо, слѣдитъ за хирургической литературой не только англійской, но и всеевропейской. Тѣмъ не менѣе, онъ производитъ впечатлѣніе человѣка, крѣпко придерживающагося старыхъ традицій и глубоко вѣрующаго въ то, что Эдинбургская школа хирургіи пятидесятыхъ годовъ дала самыя прочныя основы клинической и оперативной хирургіи; современнымъ «новаторамъ», стремящимся удалять самые сокровенные органы человѣческаго организма, проф. Гольмсъ не сочувствуетъ. Что же касается его значенія, какъ клинициста вообще и руководителя учащейся молодожи въ частности, то я сказалъ бы, что Гольмсъ производитъ впечатлѣніе хорошаго, такъ сказать, школьнаго учителя, т. е., онъ старается «вышколить» студентовъ въ самыхъ необходимыхъ практическихъ свѣдѣніяхъ госпитальной хирургіи; поэтому, при обходѣ больныхъ, проф. Гольмсъ не столько объясняетъ, сколько разспрашиваетъ студентовъ о томъ, что они наблюдаютъ и какъ они должны поступать въ томъ или другомъ случаѣ. Нельзя не отдать нѣкоторой доли справедливости студентамъ St. George's колледжа за ихъ полное уваженіе и вниманіе къ требованіямъ проф. Гольмса; они видятъ въ немъ не строгаго экзаменатора или свѣтила науки, а хорошаго и полезнаго учителя.

Операціонный залъ и способъ наркотизаціи больныхъ.

Операціонный залъ въ St. George's hospital занимаетъ часть втораго и третьяго этажа зданія, вблизи хирургическихъ палатъ (см. рис. 30). Онъ представляетъ собою высокую четырехугольную комнату, въ которой ряды мѣстъ, предназначенные для слушателей, расположены амфитеатромъ; свѣтъ падаетъ сверху и сзади слушателей. По сторонамъ операціоннаго зала имѣются двѣ небольшія комнаты, изъ которыхъ одна предназначена для наркотизированія, а другая для перевязыванія оперируемыхъ больныхъ.

Не безъ цѣли я отмѣчаю этотъ прекрасный обычай англійскихъ хирурговъ — устранять отъ глазъ больнаго всю непривлекательную обстановку операціоннаго зала, между тѣмъ какъ у насъ нерѣдко можно видѣть, что несчастные больные, въ ожиданіи своей очереди, вынуждены со страхомъ и томленіемъ созерцать страданія своего ближняго, подвергающагося операціи; — все это не можетъ не вліять на душевную сторону оперируемаго.

Наркотизація больныхъ въ St. George's hospital производится эфиромъ и особеннымъ, такъ называемымъ «насильственнымъ» способомъ, который состоитъ въ слѣдующемъ: въ воронку, сдѣланную изъ чернаго сукна въ формѣ «фунтика», вкладывается губка, въ которую наркотизирующій (обыкновенно, это — студентъ) larga manu вливаетъ «washed ether» [1]) и тотчасъ же плотно прижимаетъ воронку ко рту и носу больнаго; послѣдній, послѣ двухъ трехъ глубокихъ вдыханій, начинаетъ метаться, кашлять и кричать, но безжалостный наркотизаторъ, ничуть не смущаясь этими припадками удушья, закрываетъ еще ладонью верхнее отверстіе воронки, чтобы еще болѣе препятствовать притоку чистаго воздуха къ легкимъ наркотизируемаго. Само собою разумѣется, что послѣдній весьма быстро впадаетъ въ безсознательное состояніе, но всегда при явленіяхъ сильнѣйшаго ціаноза. Хотя въ хирургической литературѣ такіе пріемы удушающей наркотизаціи описываются, какъ «особенный методъ», ведущій быстрѣе къ цѣли и не требующій обильнаго количества наркотизирующаго вещества, тѣмъ не менѣе, я думаю, что частые случаи смерти во время наркоза, каковые въ Лондонѣ насчитываются ежегодно десятками, слѣдуетъ отчасти приписать этому «насильственному» или «удушающему» способу наркотизаціи.

---

[1]) Подъ этимъ названіемъ англичане понимаютъ ангидридъ эфира, удѣльнаго вѣса=0,720, свободнаго отъ алкоголя и воды.

Главными помощниками проф. Гольмса при операціонномъ столѣ служатъ студенты, которыхъ, къ слову сказать, слишкомъ много вокругъ оперируемаго: обыкновенно до 8 человѣкъ студентовъ, 4 сестры милосердія, одинъ инструментаріусъ и нѣсколько служителей.

Гольмсъ у операціоннаго стола.

Не смотря на лѣтнее время года и конецъ учебнаго семестра, аудиторія была переполнена студентами въ тотъ день, когда Гольмсъ оперировалъ; кромѣ учащихся, я здѣсь видѣлъ очень много пожилыхъ врачей, интересующихся клиническимъ матеріаломъ профессора Гольмса; для нихъ, какъ я уже сказалъ, предназначаются первые два ряда мѣстъ, вблизи операціоннаго стола.

Чтобы познакомить читателя съ оперативной техникой этого хирурга, я позволю себѣ описать нѣсколько операцій, произведенныхъ Гольмсомъ въ моемъ присутствіи.

Exarticulatio cruris.

Наблюденіе XIII. **Exarticulatio cruris.** Показаніемъ къ вылущенію голени въ данномъ случаѣ служили *gangraena senilis* у 75-лѣтняго старика, причемъ демаркаціонная линія омертвѣнія ограничивалась надлодыжковою областью (regio supramalleolaris).

Техника операціи (16/VII, 1885). Больнаго, вполнѣ занаркотизированнаго, уложили на опероціонный столъ; вокругъ его праваго бедра, подъ Пупартовой связкой, операторъ наложилъ турникетъ, пелотъ котораго прижималъ бедренную артерію. Затѣмъ онъ а) *провелъ продольный разрѣзъ*, начиная вверху надколѣнника (patellae), прошелъ вдоль послѣдняго и, дойдя до tuberositatis tibiae, загнулъ его сначала по внутреннему мыщелку послѣдней, затѣмъ по наружному мыщелку, такъ что у нижней границы fossae popliteae оба разрѣза слились въ одну поперечную линію. Другими словами, на покровахъ колѣна операторъ сдѣлалъ круговое сѣченіе съ переднимъ расщепомъ или, что французы называютъ, разрѣзъ «en raquette». б) Послѣ того онъ *отдѣлилъ передне-боковые полукружные лоскуты отъ подлежащихъ частей patellae* и, дойдя вверху до мѣста укрѣпленія сухожилья extensoris cruris, разсѣкъ его поперечно; такимъ образомъ онъ вскрылъ колѣнный суставъ. в) Теперь легко было расчленить голень отъ бедра, причемъ операторъ *перерѣзалъ боковыя и крестообразныя связки сочлененія.* г) Подводя ножъ позади мыщелковъ бедра, онъ *разсѣкъ отвѣсно заднія мягкія части* по линіи поверхностнаго разрѣза. При этомъ моментѣ операціи открылось обильное кровотеченіе; тогда помощники набросили нѣсколько торсіонныхъ пинцетовъ на брызжущіе сосуды, а операторъ перевязалъ ихъ струнными лигату-

рами; но при перевязываніи главнаго ствола подколѣнной артеріи (art. popliteae) cat-gut рвался подъ напоромъ пальцевъ оператора, поэтому онъ замѣнилъ струнную обыкновенною шелковою нитью и сдѣлалъ *иглообкалываніе* (acupressuram s. circumclusio по Пирри) сосудистаго пучка подколѣнной впадины. Когда кровотеченіе унялось, Гольмсъ промылъ рану растворомъ карболовой кислоты, вставилъ дренажную трубку въ foveam intercondylicam и вывелъ одинъ конецъ дренажа вверхъ и впередъ, а другой взадъ и внизъ. Шовъ кожной раны проходилъ вдоль той же ямки между обоими мыщелками бедренной кости.

Повязка ампутаціонной культи состояла изъ толстаго слоя Листеровской марли, смоченной въ 2°/₀ растворѣ карболовой кислоты, и нѣсколько оборотовъ бинта изъ бумазеи.

По окончаніи этой операціи, проф. Гольмсъ обратился къ аудиторіи съ объясненіемъ того, что слушатели видѣли при производствѣ этой операціи. Во-первыхъ, онъ указалъ мотивъ, побудившій его предпочитать exarticulationem cruris предъ высокой ампутаціей голени, именно: онъ желалъ дать ампутированному твердый упоръ о мыщелки бедра при ношеніи протеза. Затѣмъ онъ выяснилъ значеніе acupressurae при склерозѣ артерій: иглообкалываніе, по мнѣнію Гольмса, болѣе гарантируетъ больнаго отъ послѣдовательнаго кровотеченія, нежели обыкновенная лигатура; при этомъ онъ считалъ нужнымъ замѣтить, что этотъ оперативный пріемъ впервые введенъ въ хирургіи Симпсономъ (Simpson) изъ Эдинбурга, а не французами, какъ ошибочно думаютъ нѣкоторые составители руководствъ по оперативной хирургіи. Наконецъ, что касается способа этой ампутаціи, т. е., формы разрѣза и образованія лоскутовъ, то онъ принадлежитъ американскому хирургу Джонатану Смитсу (Ionathan Smith) изъ Филадельфіи. Хотя въ данномъ случаѣ видъ культи, вслѣдствіе чрезвычайной тонкости покрововъ, не обѣщаетъ быть особенно удобной для упора, но проф. Гольмсъ избралъ этотъ способъ съ одною лишь цѣлью — познакомить студентовъ съ этимъ оперативнымъ методомъ вылущенія голени, котораго они еще не видѣли въ теченіи академическаго года.

Не касаясь подробностей оперативной техники проф. Гольмса, я замѣчу только, что, по наложеніи шва, ампутаціонная культя обѣщала мало успѣха: бугры мыщелковъ такъ сильно выпирали тонкую, вялую кожу, что послѣдней угрожало омертвѣніе; кромѣ того, 75-лѣтній возрастъ, атероматозное перерожденіе сосудовъ, gangraena senilis,

я полагаю, могли бы служить явными противупоказаніями избраннаго метода ампутаціи.

Наблюденіе XIV. **Resectio coxae.** Показаніемъ къ операціи служилъ старый туберкулезный процессъ у 17-лѣтняго юноши, страдавшаго костоѣдою головки бедренной кости съ самопроизвольнымъ вывихомъ кзади (luxatio femoris iliaca). Resectio coxae.

Техника операціи (9/VII, 1885). Больнаго уложили на здоровый бокъ. Операторъ а) *провелъ въ ягодичной области поперечный разрѣзъ по выступу бедренной головки* и, перерѣзавъ всѣ мышцы, обнажилъ послѣднюю; б) *помощью скребца онъ отдѣлилъ сухожилья мышцъ*, прикрѣпляющихся къ большому вертелу, *вмѣстѣ съ накостницей*, и, широко разсѣкши сочленовную сумку, *вывихнулъ головку бедра* наружу раны; в) затѣмъ узкою ножовою пилою (keyhole saw) онъ *распилилъ шейку бедренной кости*; полость же вертлужной впадины онъ выскоблилъ острымъ скребцомъ. Унявъ кровотеченіе, операторъ дренажировалъ глубокую полость раны, причемъ передній конецъ трубки вывелъ ниже Пупартовой связки. Рана сшивалась металлическимъ швомъ. Повязка такая же, какъ въ предъидущемъ случаѣ. Оперированная конечность уложена была въ Сэйровскія шины и къ ней приспособленъ былъ вытягивающій аппаратъ.

Изъ этого краткаго описанія техники операціи читатель видитъ, что вся особенность способа резекціи по Гольмсу заключается въ проведеніи разрѣза чрезъ ягодицу; авторъ утверждаетъ, что такой разрѣзъ не только облегчаетъ доступъ къ бедренной головкѣ, но сопровождается меньшимъ кровотеченіемъ; но въ этомъ послѣднемъ выводѣ я позволю себѣ усумниться, ибо разрѣзъ проходитъ чрезъ область боковыхъ вѣтвей (анастомозовъ) верхней и нижней ягодичныхъ артерій, широко анастомозирующихъ съ артеріями circumflexa et profunda femoris. Кромѣ того, такое положеніе раны не вполнѣ благопріятно для свободнаго стока жидкости, могущей скопляться въ полости вертлуга, потому что больному приходится лежать послѣ операціи на самой ранѣ, ибо на резецированную конечность накладывается вытягивающій аппаратъ.

При описаніи клиническаго матеріала проф. Гольмса (см. выше, стр. 150) я, между прочимъ, упомянулъ объ одномъ случаѣ резекціи бедренной головки, протекавшемъ весьма скверно; не было-ли причиной обильнаго нагноенія и развитія пролежней на крестцѣ именно положеніе резецированной раны на ягодицѣ?

Amputatio penis.

Наблюденіе XV. **Amputatio penis.** Старикъ, страдавшій ракомъ, развившимся на головкѣ половаго члена, подвергся ампутаціи послѣдняго.

Техника операціи. (16/VII 1885). Больной занаркотизированъ; лобокъ и половые органы выбриты. а) Операторъ *наложилъ особенный жомъ* (clamp Henry Lee's) у самаго корня половаго члена и *однимъ круговымъ сѣченіемъ усѣкъ почти весь органъ;* б) затѣмъ отыскалъ въ культѣ просвѣтъ артеріи и, вытащивъ наружу каждую вѣточку, *перевязалъ сосуды струнною нитью.* в) Удаливъ жомъ и убѣдившись, что кровотеченія нѣтъ, *операторъ пришилъ слизистую оболочку мочеиспускательнаго канала къ кожѣ* оставшейся части *половаго члена,* причемъ матеріаломъ шва была шелковая нить. Послѣ наложенія нѣсколькихъ стежковъ отверстіе urethrae оставалось зіяющимъ. Никакой повязки въ данномъ случаѣ операторъ не накладывалъ; онъ назначилъ только выпускать мочу чрезъ катетеръ, который будетъ вводиться по мѣрѣ надобности.

По окончаніи этой операціи проф. Гольмсъ обратилъ вниманіе присутствующихъ на необходимость сшиванія мочеиспускательнаго канала съ кожею половаго члена, въ противномъ случаѣ отверстіе urethrae съуживается рубцемъ до того, что мочеиспусканіе дѣлается почти невозможнымъ. Въ одномъ случаѣ послѣ amputationis penis онъ наблюдалъ, что отверстіе urethrae съузилось до величины булавочнаго укола (the size of a pinhole). Что же касается предложенія — вставлять въ отверстіе бужи съ цѣлью воспрепятствовать съуженію канала, то это средство болѣзненно и не вполнѣ надежно.

Cystoraphia vesicae urinariae.

Для большей характеристики оперативной дѣятельности проф. Гольмса, я считаю нужнымъ привести здѣсь одну операцію, описанную авторомъ весьма недавно.

Наложеніе шва послѣ травматическаго разрыва мочеваго пузыря чрезъ разрѣзъ брюшной стѣнки [1]. 24-лѣтній мужчина получилъ ударъ въ нижнюю часть живота часъ спустя послѣ того, какъ онъ пилъ много жидкости и не мочился. Тотчасъ же послѣ удара онъ почувствовалъ сильную боль, заставившую его возвратиться домой. Но боли все усиливались и больной не могъ мочиться; тогда онъ послалъ за врачемъ, который помощью катетра выпустилъ около 5 унцій кро-

---

[1]) *A successful suture of the bladder through an abdominal incision after traumatic rupture,* by T. Holmes (см. «Lancet» 23/VI 1887, стр. 153 и сл.).

вавой мочи и, опредѣливъ, что у больнаго, вѣроятно, разрывъ мочеваго пузыря, направилъ его въ St. George's hospital. Здѣсь проф. Гольмсъ осмотрѣлъ больнаго 6 часовъ спустя послѣ поврежденія и нашелъ, что у больнаго нѣтъ коллапса, но только сильныя боли въ области нижней части живота и кровавая моча даютъ право допустить разрывъ пузыря. Подъ наркозомъ былъ введенъ катетръ, чрезъ который едва показалось нѣсколько капель кровавой мочи, но только при нажиманіи выдѣлилось большее количество (около полпинты) кровянистой жидкости. Клювъ катетра прощупывался чрезъ покровы живота ближе къ пупку, нежели къ лобковой кости.

Тогда Гольмсъ рѣшился сдѣлать *чревосѣченіе:* онъ разсѣкъ покровы живота по срединной линіи, на $3^1/_2$ дюйма выше лона и, дойдя до брюшины, онъ замѣтилъ, что клювъ катетра покрывается кишечной петлей; поэтому онъ заключилъ, что разрывъ стѣнки пузыря произошелъ выше нижняго заворота брюшины, т. е., что имѣетъ предъ собою *rupturam intraperitonealem* и потому онъ разсѣкъ брюшину; покрывъ кишечникъ влажною губкою, онъ смѣстилъ его вверхъ и тогда открылся разрывъ пузыря длиною въ два дюйма, подковообразной формы, выпуклостью обращенный вправо. Затѣмъ операторъ тщательно вымылъ брюшную полость *тепловатой водою,* захватилъ переднюю стѣнку пузыря въ петлю и, вытащивъ ее впередъ, наложилъ восемь стежковъ изъ тонкой карболизованной шелковой нити на рану пузыря, причемъ въ швъ захватывались всѣ слои послѣдняго, кромѣ слизистой оболочки. Въ полости живота оказалось только незначительное количество кровянистой жидкости и сгустковъ крови, которые были удалены. Провести дренажъ изъ полости пузыря въ наружный разрѣзъ покрововъ живота не удавалось; поэтому авторъ наглухо зашилъ рану живота четырьмя глубокими и столькими же поверхностными стежками. На другой день больной уже мочился безъ посторонней помощи и выпущенная моча была окрашена кровью и содержала много бѣлка. Вообще операція протекала почти безлихорадочно; три недѣли спустя больной выписался изъ госпиталя вполнѣ здоровымъ.

При разборѣ этого случая, авторъ останавливается на томъ фактѣ, что свѣжая моча per se не заключаетъ въ себѣ агентовъ, вызывающихъ воспаленіе даже такой чувствительной ткани, какъ брюшина. Въ данномъ случаѣ, напр., моча оставалась въ соприкосновеніи съ брюшиною шесть часовъ времени; но въ другомъ подобномъ же случаѣ, опи-

санномъ Мэкъ-Кормакомъ [1]), моча оставалась 26 часовъ въ брюшинѣ и также не вызвала остраго перитонита.

Для насъ этотъ случай имѣетъ еще тотъ интересъ, что по немъ мы видимъ возможность заживленія *laparotomiae* безъ соблюденія мѣръ безгнилостной хирургіи. Замѣтимъ, что Гольмсъ при этой операціи ограничился промываніемъ брюшной полости одной тепловатой водой.

Выше я уже упомянулъ, что въ St. George's hospital функціонируютъ еще другіе три преподавателя по хирургіи, которые чередуются въ чтеніи клиническихъ лекцій. Чтобы познакомить читателя съ дѣятельностью прочихъ представителей хирургіи той же школы, я ограничусь описаніемъ нѣкоторыхъ операцій, произведенныхъ Пикомъ, Роузомъ и Гауардомъ въ моемъ присутствіи.

Amputatio cruris.

Наблюденіе XVI. **Amputatio cruris**—операція произведена была проф. Пикомъ у женщины средняго возраста, страдавшей саркомой въ области ножныхъ пальцевъ.

Техника операціи (16/VII 1885). Больную занаркотизировали закисью азота [2]). На бедро оперированной стороны наложенъ былъ турникетъ. а) Сначала *операторъ очертилъ ножемъ на покровахъ голени два лоскута:* передній—короткій и задній—длинный; б) послѣ того *разсѣкъ мягкія части* вплоть до кости; обнаживъ послѣднюю, онъ *не отдѣлялъ надкостницы,* а прямо *отпилилъ кости* сначала отвѣсно къ оси голени, а затѣмъ приставивъ пилу косвенно къ cristae tibiae, спилилъ острый уголъ послѣдней; в) затѣмъ онъ тщательно перевязалъ каждый кровоточащій сосудъ струнною нитью и, убѣдившись въ томъ, что кровотеченія нѣтъ послѣ снятія турникета, г) онъ *вставилъ въ рану дренажную трубку* средняго колибра и *сшилъ губы раны металлической проволокой.*

Культя представлялась вполнѣ хорошею; покровы ея были мягки, эластичны и въ избыткѣ. Наружную рану обмыли губкой, смоченной въ растворѣ карболовой кислоты и, покрывъ ее нѣсколькими слоями Листеровской марли, операторъ предоставилъ одному изъ студентовъ прибинтовать эту повязку.

Amputatio mammae.

Наблюденіе XVII. **Amputatio mammae cum exstirpatione glandularum lymphatic.** (9/VIII 1885). Операція, произведенная также проф. Пикомъ, въ техническомъ отношеніи не представляла никa-

---

[1]) См. «Lancet» 1886, т. II, стр. 1118.

[2]) Самый способъ наркотизированія закисью азота я представлю ниже.

кихъ особенностей, тѣмъ болѣе, что оперируемая была женщина крайне истощенная. По удаленіи всей титечной желѣзы, операторъ провелъ разрѣзъ вдоль подкрыльцевой ямки и весьма легко вылущилъ цѣлый пакетъ отвердѣлыхъ желѣзокъ. Кровоточивые сосуды онъ перевязывалъ струнною нитью. Раны дренажировались и сшивались металлическою проволокой; поверхъ раны накладывалось сначала нѣсколько комковъ, а затѣмъ—нѣсколько слоевъ Листеровской марли и, покрывъ всю повязку мэкентошемъ, операторъ закрѣпилъ ее бумазейнымъ бинтомъ.

По окончаніи операціи проф. Пикъ разрѣзалъ удаленную желѣзу и демонстрировалъ ее слушателямъ; при этомъ разобралъ клиническія картины различныхъ новообразованій титечной желѣзы и, главнымъ образомъ, останавливался на дифференціальной діагностикѣ между ракомъ и саркомой этого органа; въ заключеніе лекторъ пришелъ къ тому выводу, что данное новообразованіе слѣдуетъ назвать *scirrhus*, ибо частица опухоли, изслѣдованная подъ микроскопомъ еще до операціи, показала преобладаніе въ ней соединительнотканной стромы надъ клѣтками эпителія; теперь нетрудно было убѣдиться, что и вылущенныя желѣзы представляются на разрѣзѣ плотными, темно-сѣраго цвѣта. Профессоръ Пикъ, какъ лекторъ.

Клиническія лекціи профессора Пика весьма охотно посѣщаются студентами St. George's Medical School; онъ умѣетъ заинтересовать слушателей своею бесѣдой; да вообще говоря, его лекціи походятъ на то, что французы называютъ «conférence clinique», т. е., онъ предоставляетъ студентамъ изслѣдовать больныхъ въ аудиторіи и по поводу найденныхъ явленій бесѣдуетъ съ ними. Вотъ почему студенты такъ усердно посѣщаютъ его клинику и аудиторію. Пикъ, по лѣтамъ, много моложе профессора Гольмса, но также не признаетъ нужнымъ слѣдовать теоріи Листера: вся антисептика ранъ у него ограничивается промываніемъ 2% растворомъ карболовой кислоты и накладываніемъ нѣсколькихъ слоевъ карболизованной марли. Поэтому Пикъ и не разсчитываетъ на заживленіе раны безъ нагноенія; онъ всегда проводитъ чрезъ полость раны сплошной дренажъ; губы раны онъ сшиваетъ металлической проволокой, чтобы уменьшить раздраженіе въ мѣстахъ уколовъ кожи; наконецъ, заботится о частой смѣнѣ повязки.

Наблюденіе XVIII. Resectio genu. Эту операцію произвелъ третій хирургъ той же школы—проф. Роузъ. Показаніемъ къ операціи служило туберкулезное страданіе колѣна у десятилѣтняго ребенка, осложненное сведеніемъ мышцъ-сгибателей. Resectio genu.

Техника операціи (16/VIII 1885). Больной былъ внесенъ въ аудиторію запаркотизированнымъ. а) Операторъ *провелъ полукружный разрѣзъ* чрезъ сухожилье надколѣнника (lig. patellare proprium) и вверхъ по обоимъ мыщелкамъ бедра; перерѣзавъ всѣ мягкія части и отдѣливъ послѣднія отъ подлежащихъ костей, онъ б) *вскрылъ колѣнный суставъ;* тогда хрящевыя поверхности обѣихъ костей представились изъѣденными, мѣстами спаянными между собой; вся сочленовная сумка, сильно утолщенная, была покрыта грибовидными грануляціями сѣровато-желтаго цвѣта; поэтому проф. Роузъ в) ножницами *вырѣзалъ всю сочленовную сумку.* г) Затѣмъ онъ приставилъ узкую ножевую пилу къ эпифизу бедра и спилилъ его косвенно спереди и сверху взадъ и внизъ; такимъ же образомъ онъ отпилилъ верхній эпифизъ большеберцовой кости; однакоже, выпрямить голень ему долго не удавалось; *онъ три раза спиливалъ по узкой пластинкѣ съ каждой кости,* пока сдѣлалось возможнымъ приладить голень къ бедру по прямой линіи конечности. Остановивъ кровотеченіе, д) *операторъ наложилъ металлическій шовъ* на распилы костей, дренажировалъ подколѣнную ямку и сшилъ покровы обыкновеннымъ швомъ. Надколѣнникъ оставленъ былъ въ переднемъ лоскутѣ. Повязка примѣнялась такая же, какъ и въ предъидущихъ случаяхъ.

Окончивъ операцію, проф. Роузъ приступилъ къ клиническому разбору даннаго случая и, касаясь оцѣнки резекціи колѣннаго сочлененія, высказалъ ту мысль, что хотя онъ лично сторонникъ консервативнаго леченія, но въ данномъ случаѣ онъ мало надѣется на успѣшный исходъ предпринятой имъ резекціи, такъ какъ приходилось усѣкать кости выше эпифизовъ. Сдѣлалъ же онъ эту резекцію потому, что на врачебномъ совѣщаніи съ другими товарищами большинство хирурговъ высказалось за резекцію; онъ же предлагалъ прямо приступить къ ампутаціи бедра, что вѣроятно и придется сдѣлать впослѣдствіи.

Amputatio mammae, по Гауарду.

Наблюденіе XIX. **Amputatio mammae** (9/VII 1885). Весьма старую женщину, страдавшую ракомъ грудной желѣзы, оперировалъ проф. Гауардъ. Этотъ операторъ предпочитаетъ наркотизировать больныхъ помощью ангидрида эфира (washed ether) и «насильственнымъ способомъ» (см. выше, стр. 152). Едва больная успѣла уснуть, какъ операторъ двумя смѣлыми полукружными разрѣзами, проведенными подъ и надъ титечной желѣзой отсѣкъ весь органъ; послѣ того онъ набросилъ на брызжущія артеріи нѣсколько пинцетовъ и предоставилъ своимъ помощникамъ (студентамъ) наложить лигатуры, что

они выполнили весьма быстро и ловко.—Затѣмъ операторъ вылущилъ всѣ лимфатическія желѣзы изъ подкрыльцевой впадины, причемъ ему приходилось обнажить весь сосудисто-нервный пучекъ этой далеко небезопасной области; тѣмъ не менѣе, онъ дѣйствовалъ смѣло и увѣренно. Вся операція продолжалась не болѣе 15 минутъ. Губы раны на груди онъ сшилъ скорняжнымъ безпрерывнымъ швомъ, вставивъ въ углы раны дренажныя трубки: рану въ подкрыльцевой впадинѣ онъ предоставилъ заботамъ своихъ помощниковъ.

И проф. Гаурдъ обратился къ слушателямъ съ нѣкоторыми объясненіями по поводу произведенной операціи; но его аудиторія менѣе многолюдна и менѣе внимательна къ его клиническимъ лекціямъ, нежели тѣ же студенты при лекціяхъ проф. Пика.

Наблюденіе XX. Exstirpatio neoplasmat. colli (9/VII 1885). Мужчина средняго возраста, страдавшій опухолью лимфатическихъ желѣзъ въ правой околоушной впадинѣ, подвергся операціи, произведенной тѣмъ же хирургомъ.—Не смотря на то, что околоушная желѣза представлялась спаянною съ окружающими ее лимфатическими желѣзками и венными сплетеніями (v. jugularis externa, v. facialis communis, v. maxillaris и др.), проф. Гаурдъ провелъ смѣлый разрѣзъ вдоль верхей части m. sterno-mastoidei, послойно разсѣкъ апоневрозы шеи, дошелъ до пакета каротидныхъ желѣзъ (glandulae lymphaticae carotideae) и ножницами сталъ высѣкать отдѣльные узелки. Но, по мѣрѣ того, какъ онъ углублялся въ околоушной впадинѣ, удаленіе желѣзъ становилось все труднѣе и опаснѣе; тогда операторъ замѣнилъ ножъ и ножницы острой ложечкой и помощью послѣдней выскоблилъ все, что казалось ему подозрительнымъ, т. е., болѣзненнымъ. Такимъ образомъ ему удалось очистить всю названную впадину отъ разросшагося новообразованія, безъ поврежденія важныхъ сосудовъ и нервовъ и безъ нарушенія цѣлости околоушной слюнной желѣзы. Операція, правда, была кровавая, но операторъ и на этотъ разъ работалъ хладнокровно и сознательно. Полость раны промывалась растворомъ карболовой кислоты, дренажировалась и края разрѣза сшивались обыкновеннымъ узловатымъ швомъ. Повязка состояла изъ нѣсколькихъ комковъ Листеровской марли и бинта.

Exstirpatio neoplasmatis colli.

Сравнивая оперативную технику послѣднихъ трехъ хирурговъ одной и той же школы, я замѣтилъ, что проф. Гаурдъ дѣйствуетъ на операціонномъ столѣ и болѣе смѣло и увѣреннѣе, нежели профессора Пикъ и Роузъ; но послѣдніе оперируютъ болѣе опрятно, осмотри-

тельно и болѣе поучительно для студентовъ. Чтоже касается научныхъ заслугъ каждаго изъ нихъ, то я предоставляю это судить читателямъ по ихъ литературнымъ трудамъ.

Перечень научныхъ трудовъ Гауарда, Роуза, Пика и Гольмса.

I.—Гауардъ (John Warrington) воспитанникъ медицинской школы St. George's hospital; въ 1863 получилъ званіе члена «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи» (F. R. C. S. England); съ того времени онъ состоитъ въ должности хирурга описываемаго госпиталя. Въ теченіе двадцатипятилѣтней дѣятельности въ St. George's hospital, Гауардъ преимущественно занимался хирургіею дѣтскаго возраста, поэтому его научныя работы касаются различныхъ формъ дѣтскихъ болѣзней. Такъ, напр., я могу указать на слѣдующіе труды:

1) *A treatise on orthopaedic Surgery* (Руководство къ ортопедической хирургіи).

2) *Diseases of nose* (Болѣзни носа).

3) *Croup and Diphteria.*

4) *Diseases of thyroid gland* [Болѣзни щитовидной желѣзы [1])].

5) *Enlargement of lymphatic glands* [Разростаніе лимфатическихъ желѣзъ [2])].

6) *Incontinence of urine in children* [Недержаніе мочи у дѣтей [3])].

7) *Enlargement of the tonsils* [Разростаніе миндалевидныхъ желѣзъ [4])].

8) *Ether and chloroform as anaesthetics* [Эфиръ и хлороформъ, какъ анэстезирующія средства [5])].

II.—Роузъ (Джемсъ)—также воспитанникъ той же школы St. George's hospital. Въ 1863 г. онъ получилъ званіе члена «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи» (F. R. C. S.) и принялъ на себя обязанности лектора въ медицинской школѣ St. George's hospital, гдѣ онъ въ первое время занимался преимущественно офтальмологіею, а затѣмъ перешелъ въ отдѣленіе хирургическихъ болѣзней вообще. Изъ его ученыхъ трудовъ я приведу слѣдующія:

1) *Reumatic Iritis* [6]).

---

1) Послѣднія три названныя работы помѣщены въ сборникѣ «Holme's *System of Surgery*.

2) См. «Med. Chirur. Rev.», 1876.

3) См. «Lancet», 1872.

4) См. British Medic. Journal, 1872.

5) См. Med. Chir. Transact., 1872.

6) «St. George's hospital's Reports» т. IV.

2) *Cases of glaucoma treated by division of ciliary region* [Случаи излеченія глаукомы разрѣзомъ m. ciliaris [1])].

3) *Treatment of acute orchitis* [Леченіе остраго воспаленія яичка [2])].

4) *On strumous disease of the rectum* [Грибовидные наросты прямой кишки [3])].

5) *Ulceration of lower extremity of rectum* [Изъязвленія нижней части прямой кишки [4])].

III.—Пикъ (Pickering) въ 1862 году окончилъ курсъ медицинской школы St. George's hospital, а съ 1866 г. состоитъ членомъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи» (F. R. C. S.). Съ того-же времени занимаетъ кафедру клинической хирургіи въ томъ же госпиталѣ. Проф. Пикъ обнародовалъ слѣдующія работы:

1) *Fractures and dislocations*. (О переломахъ и вывихахъ).

2) *Gray's Anatomy* [5]).

3) *Clinical lecture on the treatments of wounds after amputation during the last 25 years*. [Клиническая лекція о леченіи ампутаціонныхъ ранъ въ теченіи послѣдняго 25-лѣтія [6])].

4) *Clinical lecture on a case of stone in the bladder of a female*. [Клиническая лекція о камнѣ мочеваго пузыря у женщинъ [7])].

IV. — Гольмсъ (Timothy) получилъ званіе врача въ школѣ St. George's hospital въ 1850 г., а членомъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи» онъ состоитъ съ 1853 г. Въ настоящее время Гольмсъ носитъ званіе вице-президента и профессора той же «Коллегіи Хирурговъ въ Лондонѣ». Кромѣ должности въ St. George's hospital, онъ состоитъ еще хирургомъ дѣтской больницы («Hospital for sick children»).

Имя проф. Гольмса въ англійской медицинской литературѣ пользуется большою извѣстностью; изъ его ученыхъ трудовъ я приведу слѣдующіе:

1) «*A System of Surgery, theoretical and practical, in treatises by various authors*». (Сборникъ теоретической и практической хирур-

---

[1]) «British Medical Journal», 1860.
[2]) «St. George's hospital Reports» т. III.
[3]) См. «British Medical Journal» 1859.
[4]) Ibid. 1860.
[5]) Въ приложеніи къ St. George's hospital's Reports, за 1878 и 1879.
[6]) См. St. George's hospital's Reports т. X, 1880.
[7]) «Med. Times and Gazette» 12/IV 1884.

гіи, изданный при соучастіи многихъ авторовъ подъ редакціей проф. Гольмса). Это руководство по хирургіи составлено по образцу извѣстнаго у насъ въ переводѣ «Сборника Питы и Бильрота». Въ немъ весьма дѣятельное участіе принималъ Гольмсъ не только въ роли редактора, но и автора многихъ отдѣловъ, какъ-то: «Ожоги», «Вывихи», «Аневризмы», «Болѣзни костей», «Резекціи костей и сочлененій», «Хирургическія болѣзни дѣтскаго возраста», «Хирургическая анатомія и діагностика». Этотъ сборникъ выдержалъ три изданія и весьма распространенъ среди молодыхъ англійскихъ врачей.

2) «*A treatise on the surgical treatment of the diseases of Infancy and Childhood*» (Руководство по терапіи хирургическихъ болѣзней младенцевъ и дѣтскаго возраста).

3) «*Reports on the hospitals of the United Kingdom*» by Bristowe and Holmes (Объ устройствѣ госпиталей Соединеннаго Королевства).

4) «*A treatise on Surgery, its principles and practice*» (Руководство по хирургіи, ея основы и практика). Этотъ учебникъ выдержалъ четыре изданія, изъ которыхъ послѣднее вышло изъ печати въ 1884 г. и о немъ я намѣренъ ниже представить болѣе подробный рефератъ.

5) «*Clinical lectures delivered at St. George's hospital*» (Клиническія лекціи, читанныя въ госпиталѣ въ 1880 г. [1]). Авторъ главнымъ образомъ разбираетъ патологію и терапію аневризмъ; одинъ случай aneurysmae ileo-femoralis потребовалъ перевязки наружной подвздошной артеріи и послѣдовательной ампутаціи бедра.—Въ другомъ случаѣ аневризмы arteriae popliteae послѣ вскрытія мѣшка по способу Антилла наступила гангрена конечности, потребовавшей вылущеніе голени. Въ обоихъ случаяхъ оперированные выздоровѣли.

6) *Amputation for rapidly growing malignant subperiostal tumour of the femur.* [Ампутація бедра вслѣдствіе быстро разроставшейся злокачественной опухоли накостницы [2])] Интересно въ этомъ случаѣ то, что 23-лѣтній мужчина, страдавшій злокачественной, пульсирующей опухолью (гистологическаго изслѣдованія послѣдней не было сдѣлано), былъ ампутированъ на $2^1/_2$ дюйма ниже trochanteres majoris и прожилъ еще восемь лѣтъ безъ рецидива.

7) «Fergusson *and conservative surgery. Excision of the knee*

---

[1]) St. George's hospital's Report X, 1880.

[2]) «British Medical Journal» 1880, т. II, стр. 81.

and of the hip. [Ферьюссонъ и консервативная хирургія. Резекціи колѣна и тазобедреннаго сустава [1])]. Авторъ приводитъ статистику резекцій двухъ названныхъ сочлененій за 5-лѣтіе 1873—1878 въ семи лондонскихъ госпиталяхъ; именно: изъ 245 резекцій колѣна умерло 21; вполнѣ выздоровѣло—173; неудачный исходъ наблюдался въ 51 случаѣ. Изъ 215 резекцій головки бедра умерло 40, выздоровѣло—118 и неудачныхъ было—57.

8) *On Thyrotomy for the removal of foreign bodies* [О разсѣченіи щитовиднаго хряща при удаленіи инородныхъ тѣлъ изъ гортани [2])].

9) *On Wounds of the theca vertebralis with discharge of cerebro-spinal fluid.* [О раненіи оболочки спиннаго мозга, послѣ котораго вытекла liquor cerebro-spinalis [3])].

10) *A fatal case of ether inhalation.* [Смерть вслѣдствіе анэстезіи эфиромъ [4])]. Авторъ описываетъ случай смерти, наступившей въ началѣ наркотизаціи эфиромъ, произведенной въ St. George's hospital. Еще не успѣлъ операторъ приступить къ операціи, какъ у оперируемой прекратилось дыханіе и обнаружился сильный ціанозъ, между тѣмъ какъ пульсъ въ бедренной артеріи ощущался еще ясно. Тѣмъ не менѣе, никакія средства (*Сильвестровскій* способъ оживленія, быстрое горлосѣченіе и т. п.) не привели больную въ чувство. При вскрытіи найдено: чрезвычайное малокровіе въ легкихъ, послѣднія не спадались; сердце же и прочіе органы были нормальны.

Не подтверждаетъ-ли этотъ печальный случай изъ практики Гольмса то, что̀ я выше высказалъ объ опастностяхъ «удушающаго способа» анэстезированія больныхъ, примѣняющагося въ St. George's hospital?

11) «*Notes of a case of extirpation of the larynx*» [По поводу экстирпаціи гортани [5])]. Авторъ описываетъ два случая удаленія всей гортани при раковой опухоли; оба кончились летально: одинъ больной умеръ 40 часовъ спустя операціи, второй больной, оперированный проф. Пикомъ, умеръ 4 дня спустя, вслѣдствіе гнойнаго зараженія.

Не стану выписывать прочія газетныя статьи проф. Гольмса, которыя можно найти во многихъ медицинскихъ органахъ англійской литературы. Я приводилъ только нѣкоторыя изъ нихъ съ цѣлью показать

---

[1]) «Medical Times and Gazette», т. II. 1880, стр. 201.
[2]) «British Med. Journal», 27/v 1882.
[3]) «Med. Chir. Transact.», т. LXV, 1882.
[4]) «British Medic. Journal», 15/III, 1884.
[5]) «British Medic. Journal», 25/x, 1884.

читателю, что проф. Гольмсъ принадлежитъ къ числу тѣхъ операторовъ, которые примѣняютъ на практикѣ новѣйшія операціи, какъ exstirpatio laryngis, laparotomia (см. выше, стр. 157), tyroïtomia и т. п.

Для болѣе же подробной характеристики этого современнаго представителя англійской школы хирургіи, я считаю полезнымъ познакомить читателя съ содержаніемъ его послѣдняго руководства по хирургіи указаннаго мною въ перечнѣ его сочиненій подъ 4.

Кртитеская оцѣнка учебника проф. Гольмса.

A treatise on Surgery, its principles and practice,—книга, повидимому, предназначена для студентовъ медицинскихъ школъ Лондона; при составленіи ея авторъ принималъ во вниманіе требованія экзаменаціонной коммиссіи при испытаніи на ученую степень «bachelor of surgery», соотвѣтствующую нашему званію врача. Поэтому въ названномъ учебникѣ Гольмса, составляющемъ одинъ компактный томъ въ 1000 страницъ, читатель найдетъ не только отдѣлы по хирургической патологіи, анатоміи, терапіи и военно-полевой хирургіи, но и по многимъ другимъ отраслямъ медицины, которыя у насъ уже давно выключены изъ хирургіи и стали совершенно самостоятельными науками, какъ-то: сифилисъ, офтальмологія, отіатрія, дерматологія. Вотъ почему авторъ при изложеніи научныхъ или теоретическихъ воззрѣній старается быть, по возможности, краткимъ; тѣмъ не менѣе, въ этотъ краткій учебникъ онъ вноситъ и новѣйшіе вопросы какъ по хирургической патологіи, такъ и по оперативной хирургіи.

Первое изданіе этого руководства вышло въ свѣтъ въ 1875 г., и въ теченіи девяти лѣтъ оно выдержало 4 изданія; это одно уже указываетъ на громадный успѣхъ книги Гольмса среди учащихся; кромѣ того, благодаря такому успѣху, авторъ этого руководства имѣлъ возможность каждые два года переработывать и дополнять свой трудъ. Однакоже, въ предисловіи къ послѣднему изданію (1884 г.) Гольмсъ говоритъ: «Предостереженіе, сдѣланное мною въ предисловіи предшествовавшаго «изданія, я повторяю и теперь: т. е., представить болѣе опредѣленный «взглядъ на новѣйшія патологическія изслѣдованія, съ которыми весь«ма тѣсно связано имя Коха,—я не могъ осуществить. Присутствіе «бактерій или бациллъ было доказано во многихъ болѣзненныхъ про«дуктахъ и, вообще говоря, принято многими компетентными патоло«гами; но основы и значеніе этихъ существъ составляютъ по-нынѣ «весьма спорную область.

«Между тѣмъ съ увѣренностью можно сказать, что искусство хирур«гіи (the art of Surgery) за это время весьма быстрыми шагами подви-

«нулось впередъ, и вмѣстѣ съ этимъ прогрессомъ расширяются требо-«нія хирургическаго образованія (surgical education).—Я надѣюсь—«заключаетъ авторъ свое предисловіе послѣдняго изданія,—что съ «моей стороны не будетъ слишкомъ надменнымъ, если я скажу, что «эта книга, насколько позволяютъ ея размѣры, есть вѣрное отраженіе «вышеуказаннаго прогресса» [1]).

Я полагаю, что для читателей небезъинтересно будетъ познакомиться со взглядомъ этого ветерана хирургіи на новѣйшія основы патологіи вообще, тѣмъ болѣе, что онъ, какъ говорится въ предисловіи, стремится въ своей книгѣ дать «вѣрное отраженіе» современнаго прогресса хирургіи.

Взглядъ профессора Гольмса на воспаленія.

Въ первомъ отдѣлѣ разбираемаго нами учебника, Гольмсъ трактуетъ о воспаленіи вообще; описавъ клиническую картину этого процесса, онъ естественнымъ образомъ переходитъ къ патогенезу его. «Существенныя явленія воспаленія зависятъ», говоритъ авторъ, «отъ «измѣненія во всѣхъ тканяхъ—въ крови, въ кровеносныхъ сосудахъ и «въ паренхимѣ захватываемыхъ воспаленіемъ частей. Что же касается «вопроса о причинной связи микроорганизмовъ съ воспаленіемъ, т. е., «вызывается ли послѣднее присутствіемъ первыхъ, то рѣшить его «утвердительно весьма трудно. Микроорганизмы, находимые при вос-«паленіи тканей, представляются различнаго строенія и вида: во-пер-«выхъ, здѣсь находятъ частицы въ формѣ палочекъ—бактеріи; рядомъ «съ ними сферическія тѣльца, извѣстныя подъ названіемъ коккобакте-«ріи или микрококки; и, наконецъ, нѣкоторыя мутныя (cloudlike—об-«лачныя) массы, которыя должны быть лэйкоциты, въ стадіи дегенера-«ціи или измѣненные подъ вліяніемъ микрококковъ. Основываясь на «новѣйшихъ изслѣдованіяхъ, казалось бы, что никакое нагноеніе или «гнойный эксудатъ не можетъ быть безъ присутствія тѣхъ или дру-«гихъ животныхъ организмовъ; но присутствіе этихъ бактерій соб-«ственно не побуждаетъ насъ принять, что воспаленіе имѣетъ инфек-«ціонный характеръ, т. е., заражаетъ кровь и будетъ распространять-«ся по ближайшимъ тканямъ или переноситься въ отдаленные органы. «Тѣ, которые придерживаются атмосферической теоріи зародышей, ут-«верждаютъ, что эти частицы свободно носятся въ воздухѣ и оттуда

---

[1]) Всѣ слова, обозначенныя ковычками, передаютъ мысли автора, при переводѣ которыхъ на русскій языкъ я стараюсь, по возможности, держаться ближе къ англійскому подлиннику.

«осаждаются на поверхности раны или же онѣ всасываются (absorbed) «слизистою оболочкою и, такимъ образомъ, проникаютъ въ кровь.

Взглядъ Гольмса на зародышевую теорію Листера.

«Однакоже, весьма трудно принять эту теорію, ибо мы знаемъ, съ «одной стороны, что соприкосновеніе нефильтрованнаго воздуха или «жидкости съ брюшиною весьма часто не влечетъ за собою никакого «воспаленія, а съ другой,—что нерѣдко наблюдаются инфекціонныя «воспаленія съ самымъ бурнымъ теченіемъ и характеризующіяся при«сутствіемъ обильнаго количества микрококковъ въ такихъ мѣстахъ, «куда атмосферный воздухъ не имѣетъ никакого доступа, какъ, напр., «при острыхъ накостничныхъ нарывахъ или при язвенной формѣ эндо«кардита. Д-ръ Сэндерзонъ [1]) склоненъ допустить (и мы согласны «принять это за самое вѣроятное при современномъ состояніе нашей «науки), что зародыши этихъ организмовъ существуютъ въ нормаль«ныхъ жидкостяхъ и тканяхъ и что, подъ вліяніемъ неизвѣстныхъ намъ «условій, эти зародыши могутъ принять форму вполнѣ развившихся «(fully-formed) микроорганизмовъ; наконецъ, мы знаемъ, что негнойное «воспаленіе возможно и безъ присутствія микроорганизмовъ» [2]).

Итакъ, проф. Гольмсъ, не отрицая факта нахожденія микроорганизмовъ при гнойныхъ воспаленіяхъ, не принимаетъ, однакоже, теоріи занесенія этихъ организмовъ извнѣ—теоріи, составляющей основу всего ученія Листера о безгнилостной хирургіи. Правда, что нѣкоторыя возраженія Гольмса противъ этой теоріи, на мой взглядъ, довольно вѣски; вѣдь, дѣйствительно, трудно себѣ объяснить—какимъ путемъ проникаютъ опредѣленныя формы микроорганизмовъ, какъ, напр., туберкулезные бациллы, въ самыя глубокія части организма (въ кости поясничныхъ позвонковъ или въ паренхиму яичка и вызываютъ нагноеніе тамъ, куда нѣтъ доступа воздуху? Равнымъ образомъ не подлежитъ сомнѣнію и тотъ фактъ, что соприкосновеніе брюшины съ нефильтрированнымъ (и даже съ недезинфицированнымъ—прибавлю я) воздухомъ не всегда вызываетъ гнойное воспаленіе этой весьма чувствительной ткани. Извѣстно, что Спенсеръ Уэльсъ (Spencer Wells),

---

[1]) Д-ръ Burdon Sanderson—англійскій анатомо-патологъ, работавшій по вопросу объ эмиграціи лэйкоцитовъ и значеніи бактерій при пізміи. См. его работу «*Lectures of the infective processes of disease* (British Medical Journal, 1877, т. II и 1878, т. I.

[2]) См. *A Treatise on Surgery, its Principles and Practice*, by T. Holmes Fourth Edition. London 1884, стр. 7.

Тэйтъ (Tait) и Бэнтокъ [1]) (Bantock), производившіе нѣсколько тысячъ чревосѣченій при оваріотоміяхъ *безъ всякихъ мѣръ обеззараживанія воздуха*, тѣмъ не менѣе, получали блестящіе результаты этихъ сложныхъ операцій.

Но, съ другой стороны, нельзя не упрекнуть Гольмса въ томъ, что онъ не различаетъ характерныхъ свойствъ различныхъ микроорганизмовъ; онъ, какъ мнѣ кажется, смѣшиваетъ микрококки съ бактеріями и даже съ лэйкоцитами, т. е., съ тѣльцами крови, въ которыхъ микроорганизмы произвели уже извѣстныя измѣненія (дегенерацію). Далѣе, если допустить возможность проникновенія микроорганизмовъ чрезъ слизистую оболочку, что̀, правда, требуетъ еще дальнѣйшихъ доказательствъ, то эта гипотеза, по моему мнѣнію, должна скорѣе помирить Гольмса съ теоріею Листера, нежели подтвердить вышеприведенное воззрѣніе Сэндерзона.

Наконецъ, если и принять, что въ самыхъ клѣткахъ нашего организма уже заложены зачатки болѣзнетворныхъ дѣятелей, иначе говоря, споры микроорганизмовъ, то все-таки остается еще выяснить, *подъ вліяніемъ какихъ условій (физическихъ, химическихъ и физіологическихъ) эти зачатки перерождаются въ микрококки, бактеріи и тому подобные организмы?* А этотъ вопросъ, къ сожалѣнію, проф. Гольмсъ оставляетъ совершенно открытымъ.

Равнымъ образомъ меня удивляетъ, что въ современномъ руководствѣ, какимъ авторъ считаетъ свою книгу, нѣтъ ни слова о новѣйшихъ изслѣдованіяхъ по бактеріологіи Фелейзена, Кёнига, Розенбаха, Фридлендера и многихъ другихъ авторовъ, имѣющихъ непосредственную связь съ вопросомъ о значеніи микроорганизмовъ при развитіи болѣзненныхъ процессовъ. Объяснить этотъ пробѣлъ шовинизмомъ автора—трудно, ибо въ его руководствѣ весьма часто цитируются нѣмецкія, французскія и даже нѣкоторыя русскія работы, (какъ, напр., д-ра Лукомскаго—о рожѣ). Скорѣе я склоненъ искать объясненіе въ желаніи автора обойти молчаніемъ тѣ вопросы патологіи, которые окольнымъ путемъ могутъ служить подтвержденіемъ ученію Листера [2]).

---

[1]) Съ методомъ оперированія д-ра Бэнтока и способомъ леченія лапаротомій читатель познакомится въ слѣдующей главѣ.

[2]) Такъ, напримѣръ, Гольмсъ нигдѣ не упоминаетъ о работахъ Уатсона-Чейне, обнародованныхъ на англійскомъ языкѣ въ самыхъ распространенныхъ журналахъ Лондона.

Проф. Гольмсъ, какъ это видно было по его клинической и оперативной дѣятельности, не есть сторонникъ Листера и къ его теоріи о безгнилостной хирургіи онъ относится съ нѣкоторымъ предубѣжденіемъ, что высказывается очень ясно при чтеніи его книги о способахъ леченія ранъ. Окончивъ трактатъ о воспаленіи вообще и разобравъ клиническое теченіе травматической лихорадки, Гольмсъ переходитъ къ оцѣнкѣ различныхъ способовъ перевязки свѣжихъ ранъ и по поводу этого вопроса онъ пишетъ слѣдующее: «Одинъ знаменитый хирургъ «(Листеръ) видитъ въ атмосферномъ воздухѣ всеобщую причину за-«раженія (universal medium of contagion), такъ какъ чрезъ него пере-«носятся на рану всѣ зародыши гніенія. Другой хирургъ (Гёмфри—«Humphry) училъ, что раны лучше всего протекаютъ, если ихъ предо-«ставить вполнѣ свободно соприкосновенію воздуха, т. е., раны не слѣ-«дуетъ покрывать какой бы-то ни было повязкой. Третій (Ферьюссонъ), «который обладалъ такимъ обширнымъ опытомъ въ оперативной хи-«рургіи, какъ никто изъ современныхъ авторитетовъ, отрицалъ пользу «какого бы ни было спеціальнаго метода леченія ранъ; вообще же онъ «предпочиталъ свѣжую рану скорѣе погружать въ воду (water-dres-«sing), нежели окружать ее особенною повязкой. Я не имѣю права, говоритъ Гольмсъ, «обсуждать вопросъ, въ которомъ мнѣнія столь «извѣстныхъ хирурговъ такъ сильно расходятся [1]); но думаю, что въ «этомъ вопросѣ есть одна важная сторона, около которой не трудно «согласовать всѣ эти разнорѣчивыя мнѣнія. Именно: самая тщательная «забота о томъ, чтобы употребляемый для повязки матеріалъ былъ «безусловно чистъ и чтобы никакія постороннія нечистоты (impurity) «и впослѣдствіи не соприкасались съ раною, можетъ вполнѣ оградить «послѣднюю отъ опасности и гарантировать ея скорое заживленіе. Но «разъ мы отъ этого принципа уклонимся и будемъ разсчитывать на мо-«гущество специфической повязки, то тотчасъ впадаемъ въ противорѣ-«чіе или затрудненіе разъяснить этотъ вопросъ. Въ хорошо обстав-«ленныхъ больницахъ (здѣсь я подразумѣваю не только благопріят-«ныя санитарныя условія, но исполненіе требованій современной хи-«рургіи, т. е., чтобы каждый хирургъ или ординаторъ (house-surgeon) «собственноручно перевязывалъ оперированныхъ и устранялъ возможность

[1]) Въ подлинникѣ сказано: «J have no claim to dogmatise on a question on which such eminent surgeons differ». — Эта фраза показываетъ скромность профессора Гольмса и обычай англичанъ преклоняться предъ авторитетами науки.

«загрязненія раны) почти всѣ способы леченія ранъ такъ часто увѣн-«чиваются успѣхомъ, что весьма трудно одиночные неудавшіеся слу-«чаи приписывать винѣ способа перевязки, между тѣмъ какъ при дур-«ныхъ условіяхъ госпиталя всякій способъ леченія ранъ окажется оди-«наково погрѣшнымъ (all plans will equally fail). Исходя изъ этой «точки зрѣнія, я не могу признать за Листеровскимъ способомъ един-«ственое средство ограждать рапу отъ опасностей. Правда, я часто «убѣждался съ термометромъ въ рукахъ и другими клиническими мето-«дами изслѣдованія, что нѣкоторыя весьма тяжелыя поврежденія или «операціонныя раны протекали подъ Листеровской повязкой совершен-«но безлихорадочно; но рядомъ съ этимъ я могу сопоставить и другіе «случаи подобнаго же безлихорадочнаго теченія ранъ при употребленіи «другихъ способовъ перевязки ранъ. Тѣмъ не менѣе, я считаю такъ «называемый «антисептическій способъ» болѣе удобнымъ, чѣмъ всякій «другой, и совѣтую заимствовать отъ него то, что удобопримѣнимо въ «госпитальной практикѣ; во всякомъ случаѣ необходимо, чтобы хирур-«ги саморучно перевязывали раны въ болѣе серьезныхъ случаяхъ по-«врежденія и тѣмъ устраняли возможность зараженія раны извнѣ.

«Признаться,—продолжаетъ авторъ—я не вижу надобности связы-«вать происхожденіе болѣзни (хирургической) съ «*зародышевою тео-«ріею*» (the «germ-theory») или придерживаться доктрины—будто эти «вредные зародыши находятся въ атмосферѣ и при обыкновенныхъ «условіяхъ. На сколько мнѣ позволяетъ моя компетентность судить объ «этомъ вопросѣ, я замѣчу, что противники этой доктрины представляли «по сію пору весьма вѣсскія опроверженія» [1]).

Если подвести итогъ всѣмъ вышеприведеннымъ мыслямъ Гольмса, то можно вывести слѣдующія заключенія: а) гигіэническія условія госпиталя и хирургическій уходъ за раною несомнѣнно болѣе вліяютъ на теченіе раны, нежели различные химическіе или физическіе агенты; б) загрязненіе (или, что тоже,—зараженіе) раны слѣдуетъ искать не столько въ воздухѣ, сколько въ окружающихъ рану предметахъ; в) если признать микроорганизмы за причину болѣзни, то зародыши ихъ находятся въ самыхъ клѣткахъ нашего организма, а не только въ атмосферномъ воздухѣ.

Изъ этихъ трехъ положеній проф. Гольмса первое изъ нихъ я долженъ признать за вполнѣ справедливое умозаключеніе, выведенное

---

[1]) l. c., стр. 20 и слѣдующ.

изъ точныхъ клиническихъ наблюденій. Я полагаю, что даже самые опытные германскіе клиницисты и строгіе послѣдователи Листера заблуждаются, утверждая, что оперировать можно безнаказанно даже и въ общественномъ писсуарѣ, лишь бы соблюсти при этомъ всѣ строгія мѣры безгнилостной хирургіи [1]). Для меня несомнѣнно вѣренъ тотъ фактъ, что въ хорошо обставленныхъ больницахъ Англіи и Германіи самыя сложныя раненія протекаютъ весьма часто совершенно безгнилостно, несмотря на многія упущенія въ мѣрахъ, предписываемыхъ ученіемъ Листера; и обратно, при соблюденіи всѣхъ строжайшихъ предосторожностей относительно точнаго исполненія мѣръ антисептики, раны рѣдко заживаютъ безъ нагноенія, если конституція госпиталя не вполнѣ удовлетворяетъ хорошимъ санитарнымъ условіямъ.

Во II главѣ этой книги я уже, между прочимъ, указалъ читателю, что обстановка King's hospital, въ которой работаетъ Листеръ, менѣе благопріятна въ гигіэническомъ отношеніи, нежели въ St. George's hospital — аренѣ дѣятельности Гольмса; поэтому первому приходится болѣе зорко слѣдить за обеззараживаніемъ хирургическихъ ранъ, нежели послѣднему. Что же касается двухъ другихъ заключеній, выведенныхъ мною изъ взглядовъ Гольмса, то, конечно, ихъ нельзя признать вполнѣ современными, ибо самыя точныя и безупречныя изслѣдованія бактеріологовъ (Коха, Уатсона-Чейне, Огстона, Краузе, Розенбаха и друг.) неоднократно доказали, что зародыши микроорганизмовъ, вызывающихъ въ вполнѣ здоровыхъ организмахъ животныхъ различныя формы заболѣванія, какъ рожа, гнилокровіе и т. п., были находимы въ воздухѣ хирургическихъ палатъ.

Вообще говоря, разбираемый мною учебникъ проф. Гольмса носитъ на себѣ печать англійскаго хирурга; я хочу этимъ сказать, что трактующіяся въ немъ свѣдѣнія имѣютъ чисто практическій характеръ. То, что наука еще не вполнѣ признала удобопримѣнимымъ къ жизни, не находитъ себѣ мѣста въ учебникѣ почтеннаго автора. Но всѣ хирургическія свѣдѣнія подкрѣпляются авторомъ анатомическими фактами. Такъ, напр., при изложеніи отдѣла о болѣзняхъ костей различныя формы этого страданіи иллюстрируются многими анатомическими препаратами изъ музея St. George's hospital [2]). Особенно хорошо изложе-

---

[1]) Подлинное выраженіе проф. Фолькманна, высказанное имъ на одной изъ своихъ клиническихъ лекцій въ моемъ присутствіи, въ іюлѣ 1882 г. (См. часть II, «Германскія школы хирургіи»).

[2]) Напр., рисунки 186, 187, 188, 195 и многіе друг.

ны отдѣлы о вывихахъ и переломахъ (главы XIV и XV). Кромѣ того, Гольмсъ знакомитъ своего читателя съ новѣйшими операціями, какъ gastrotomia, splenotomia, resectio intestinorum, exstirpatio laryngis и друг. Правда, что техника всѣхъ этихъ сложныхъ операцій изложена чрезвычайно кратко; но взамѣнъ этого авторъ обращаетъ болѣе вниманія на клиническія показанія къ той или другой операціи, подвергая послѣднія болѣе обстоятельной критической оцѣнкѣ (напр., о splenotomia онъ говоритъ: «изъ 30 первыхъ операцій многія были излишни»).

Въ концѣ книги, на какихъ нибудь 50 слишкомъ страницахъ, Гольмсъ съумѣлъ составить отдѣлъ «объ оперативной хирургіи и десмургіи»; здѣсь не только описываются хирургическія операціи по отдѣльнымъ моментамъ, но всякая операція снабжена еще указаніями относительно ухода за оперированными, т. е., представлены шины, повязки и другіе механическіе снаряды. Все это, конечно, описывается крайне сжато.

Но, вообще говоря, учебникъ Гольмса есть весьма сподручная для студентовъ книга, которую учащемуся нетрудно усвоить себѣ въ весьма короткое время; короче, эта книга есть *Repetitorium* по хирургіи въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова.

Литературные источники:

1) *St. George's hospital's Medical School.* Session 1884—1885. London.
2) Oppert. *Hospitals, Infirmaries and Dispensaries.* London 1863.
3) *Medical Directory for 1887 year.* London 1887.
4) Haward. *A treatise on orthopaedic surgery.* London.
5) Ibidem. *Diseases of nose.* London.
6) Ibidem. *Croup and Diphteria.* London (см. Holmes. «System of Surgery»).
7) Ibidem. *Diseases of thyroïd gland.* London. (Тамъ-же).
8) Ibidem. *Enlargement of lymphatic glands.* («Med. Chir. Revue» 1876).
9) Ibidem. *Incontinence of urine in children.* («Lancet» 1872).
10) Ibidem. *Enlargement of the tonsils.* («British Medical Journal». 1873).
11) Ibidem. *Ether and chloroform as anaesthetics.* («Med. Chir. Trans.» 1872).
12) James Rouse. *Reumatic iritis.* («St. George's hospital's Reports», т. IV).
13) Ibidem. *Cases of glaucoma treated by division of ciliary region.* (см. «British Medic. Journal» 1860).
14) Ibidem. *Treatement of acute orchitis.* («St. George's hospital's Reports», т. III).
15) Ibidem. *On strumous disease of the rectum.* («Brit. Med. Journ.» 1859).
16) Ibidem. *Ulceration of lower extremity of rectum.* (Тамъ-же. 1860).

17) Pickering Pick. *Fractures and Dislocations.* London 1878.

18) Ibidem. Gray's *Anatomy.* («St. George's hospital's Reports». 1879).

19) Ibidem. *Clinical lecture on the treatments of wounds after amputation during the last 25 years.* (Тамъ-же за 1880).

20) Ibidem. *Clinical lecture on a case of stone in the bladder of a female.* («Medical Times and Gazette». 1884).

21) Timothy Holmes. *A System of surgery, theoretical and practical in treatises by various authors.* London 1860—1864 г.

22) Ibidem. *A treatise of the surgical treatement of the diseases of Infancy and Childhood.* London 1868.

23) Holmes and Bristowe. *Reports on the hospitals of the United Kingdom.*

24) Holmes. *A treatise on surgery, its principles and practice.* London 1884.

25) Ibidem. *Clinical lectures delivered at St. George's hospital* («Reports», т. X).

26) Ibidem. *Amputation for rapidly growing malignant subperiostal tumour of the femur.* («British med. Journal» 1880).

27) Ibidem. *Fergusson and conservative surgery. Excision of the knee and of the hip.* («Medical Times and Gazette». 1880).

28) Ibidem. *On thyrotomy for the removal of foreign bodies.* («British Med. Journal 1882).

29) Ibidem. *On wounds of the theca vertebralis with discharge of cerebro-spinal fluid.* («Med. Chirurg. Transact.» т. LXV. 1882).

30) Ibidem. *A fatal case of ether inhalation.* («British Med. Journ.» 1884).

31) Ibidem. *Notes of a case of exstirpation of the larynx.* (Тамъ-же 1884).

32) Ibidem. *Successful suture of the bladder through an abdominal incision after traumatic rupture.* («Lancet» 1887).

ГЛАВА VI.

Samaritan free hospital, какъ специальная больница для операцій въ брюшной полости. — Два направленія въ безгнилостной хирургіи Краткія свѣдѣнія о возникновеніи спеціальныхъ больницъ. Нѣсколько словъ о вліяніи Спенсера Уэльса на судьбу операціи ovariotomia. — Внутреннее устройство «дома здравія»; фасадъ этого зданія. Антисептическія мѣры д-ра Сзорнтона при чревосѣченіи. *Nephrectomia* по Сзорнтону. Д-ръ Бэнтокъ, какъ представитель *беззаразнаго* способа леченія ранъ. Ovariotomia, по Бэнтоку. Особенности оперативной техники послѣдняго. — *Hysterectomia* по Бэнтоку. — Бэнтокъ при визитаціи больныхъ. — *Oophorectomia* по Бэнтоку. — Нѣкоторыя статистическія свѣдѣнія изъ практики Бэнтока. *Ovariotomia duplex*; *Ovariatomia simplex* (по Сзорнтону). — *Ovariotomia*, произведенная Меридизсомъ. — Успѣхи Samaritan free hospital за 1884 г. — Нѣкоторыя соображенія изъ представленныхъ наблюденій относительно вліянія травмы на теченіе раны.—Біографическія и библіографическія свѣдѣнія о Спенсеръ Уэльсѣ, Бэнтокѣ и Сзорнтонѣ.—Литературные источники.

Я на время уклонюсь отъ избраннаго мною порядка изложенія: познакомивъ читателя съ нѣкоторыми больницами Лондона, играющими роль «врачебно-образовательныхъ» учрежденій, я намѣренъ настоящую главу посвятить описанію такой общественной больницы, которая служитъ только для «пріюта и леченія» больныхъ, не преслѣдуя при этомъ никакой учебно-образовательной цѣли. Наблюденія, вынесенныя мною изъ дѣятельности небольшаго Samaritan free hospital могутъ, я думаю, служить лучшими примѣрами двухъ противуположныхъ направленій въ современной безгнилостной хирургіи. *Два направленія въ безгнилостной хирургіи.*

Очерки, представленные мною до сихъ поръ, касались дѣятельности такихъ представителей хирургіи, которые не вполнѣ строго исполняютъ требованія антисептики въ широкомъ смыслѣ этого слова. Выше мы видѣли, что, съ одной стороны, даже создатель противугнилостной хи-

ургіи — самъ Листеръ — нерѣдко дѣлаетъ такія погрѣшности, которыя идутъ въ разрѣзъ съ основами его ученія; а съ другой стороны, Гольмсъ, отрицающій теорію противугнилостной хирургіи, тѣмъ не менѣе, весьма часто прибѣгаетъ къ мѣрамъ обеззараживанія ранъ, предложеннымъ Листеромъ. Такого рода уклоненія отъ главныхъ принциповъ леченія ранъ, безъ сомнѣнія, затемняютъ рѣшеніе вопроса— *въ чемъ собственно состоитъ безгнилостная хирургія на практикѣ?*

Прежде, чѣмъ приступить къ рѣшенію этого вопроса, мнѣ необходимо ясно опредѣлить принципы того или другаго направленія въ практической хирургіи. Вполнѣ сознавая всю трудность этой задачи при современномъ состояніи вспомогательныхъ наукъ хирургіи, я все-таки постараюсь выяснить читателю принципы на основаніи того, что я видѣлъ въ клиникахъ лучшихъ представителей англійскихъ школъ хирургіи. При современномъ способѣ леченія ранъ, главнымъ образомъ существуютъ два направленія: одно, которое стремится все приходящее въ соприкосновеніе съ раною *обеззараживать;* назовемъ это направленіе *противугнилостнымъ* (антисептическимъ); другое направленіе стремится — не допускать *ничего заразительнаго* къ ранѣ, это — будетъ *беззаразное* или *безгнилостное* (асептическое) направленіе [1]. Само собою разумѣется, что осуществить принципъ втораго направленія, согласно современнымъ требованіямъ бактеріологіи, гораздо труднѣе, нежели привести въ исполненіе принципъ перваго направленія. Вотъ почему сторонниковъ противугнилостнаго способа леченія много больше, нежели вѣрующихъ въ возможность беззаразнаго леченія ранъ. Правда, Листеръ и его ученики также утверждаютъ, что его способъ дѣлаетъ рану безгнилостною; но, вѣдь, главное его средство состоитъ въ обеззараживаніи тканей и атмосфернаго воздуха помощью химическихъ агентовъ; стало быть, въ принципѣ Листеръ не допускаетъ возможности существованія раны безусловно чистой отъ заразныхъ началъ. Гольмсъ

---

[1]) У насъ въ Россіи, на сколько мнѣ извѣстно, впервые затронулъ вопросъ — о значеніи безгнилостнаго способа леченія ранъ, уважаемый проф. І. Е. Рейнъ; въ своей работѣ (*Отчетъ о 16-и міомотоміяхъ*) онъ, между прочимъ, говоритъ: «Чтобы можно было обходиться безъ противугнилостнаго способа и дѣйствовать только на началахъ безгнилостнаго, какъ это было-бы «желательно, необходимы исключительно благопріятныя условія».... (см. «Врачъ» 1888, № 37, стр. 732). — Въ чемъ, собственно, заключаются такія исключительныя условія — читатель узнаетъ изъ нижеприведеннаго описанія дѣятельности Грэнвиля Бэнтока.

же, не соглашаясь съ Листеромъ въ томъ, — будто во всякомъ воздухѣ носятся зародыши заразы, выходитъ изъ той точки зрѣнія, что существуютъ раны, неимѣющія въ себѣ ничего заразительнаго; такіе, правда, очень рѣдкіе въ больничной практикѣ случаи могутъ заживать первымъ натяженіемъ безъ всякихъ противугнилостныхъ мѣръ и, слѣдовательно, нѣтъ надобности покрывать такія раны какою бы-то ни было специфическою повязкою.

Къ сожалѣнію, въ предъидущихъ главахъ я не могъ представить вполнѣ рельефныхъ примѣровъ того и другаго направленія. Но, въ одной небольшой больницѣ, такъ назыв. Samaritan free hospital, въ Лондонѣ мнѣ представилась возможность прослѣдить за практическою дѣятельностью двухъ весьма опытныхъ хирурговъ, которые проводятъ принципы двухъ названныхъ направленій съ педантическою строгостью. — Поэтому, я надѣюсь, что знакомство съ дѣятельностью этихъ хирурговъ разъяснитъ читателю много темныхъ сторонъ моихъ предшествовавшихъ очерковъ.

История возникновенія спеціальныхъ больницъ.

«*Samaritan free hospital for Women and Children*» основанъ въ 1847 г. съ цѣлью оказывать оперативную помощь женщинамъ и дѣтямъ. За періодъ времени 1858—1884 г. въ этой небольшой больницѣ, располагающей всего 20-ю койками, уже произведено однѣхъ оваріотомій болѣе 1000, результаты которыхъ можно видѣть по слѣдующей таблицѣ:

Таблица V.

Періодъ времени.	Общее число оваріотомій.	Изъ этого числа: выздоров.	умерло.	% смертности.
До конца 1868 г. . . .	113	82	31	27,43%
» » 1876 г. . . .	394	296	98	24,87 »
» » 1884 г. . . .	1036	863	173	16,62 »
За 1882, 1883 и 1884 гг. .	225	205	20	8,88 » [1]

Въ этой больницѣ производятся не только оваріотоміи, но и другія операціи въ области живота, какъ splenotomia, nephrectomia, hysterectomia, gastrostomia и т. п.; поэтому, я полагаю, что дѣятельность этого

[1]) Эти данныя заимствованы мною изъ «*Thirty-eighth Annual Report of the Samaritan free hospital*» London 1885, стр. 18.

спеціально операціоннаго учрежденія представляетъ интересъ не только для гинекологовъ, но и хирурговъ вообще.

При чтеніи исторіи возникновенія этого учрежденія, какъ первой спеціальной больницы въ Лондонѣ, я нашелъ небезъинтересный эпизодъ изъ врачебнаго быта англійской жизни, который могъ-бы имѣть весьма печальный исходъ на судьбу оваріотоміи, какъ операціи вообще.

О вліяніи Спенсера Уэльса на судьбу операціи ovariotomia.

40 лѣтъ тому назадъ въ Лондонѣ жилъ знаменитый въ то время операторъ Уилльямъ Джонсъ (William Jones), который впервые созналъ необходимость учредить небольшую больницу, приспособленную для операціонныхъ цѣлей; онъ нанялъ небольшой частный домъ, устроилъ тамъ нѣсколько коекъ и прибилъ вывѣску съ оригинальною надписью: «бѣдность и болѣзнь — единственный паспортъ» (Poverty and sickness the only passport). Вскорѣ этотъ гостепріимный «домъ здравія» пріобрѣлъ себѣ довѣріе среди болѣющихъ женщинъ, которыя стали десятками обращаться за оперативнымъ пособіемъ. Тогда Джонсъ пригласилъ еще нѣсколькихъ врачей по другимъ спеціальностямъ и между ними терапевта Роберта Ли (Robert Lee), въ должности консультанта, и Спенсера Уэльса (Spencer Wells), въ роли гинеколога; послѣдній сталъ настаивать, чтобы въ этой больницѣ принимались женщины, нуждающіяся въ операціи оваріотоміи; но терапевтъ Ли сильно возсталъ противъ этого, такъ какъ эта операція въ то время во всѣхъ общихъ госпиталяхъ, за весьма рѣдкимъ исключеніемъ, кончалась смертельно. Консультантъ Ли выступилъ предъ весьма многолюднымъ собраніемъ врачей съ обличительною рѣчью противъ этой *убійственной* операціи и требовалъ изгнать ее изъ хирургической практики. Хотя большинство врачей не согласилось съ подобнымъ безусловнымъ *veto* д-ра Ли, но *судебный прокуроръ* (the coroner) *заявилъ, что онъ впредь будетъ привлекать къ суду всякаго врача за каждую смертельную оваріотомію.* Нужно замѣтить, что Samaritan hospital въ санитарномъ отношеніи былъ образцево устроенъ; тѣмъ не менѣе, подобная угроза со стороны судебной власти была равносильна тому, чтобы закрыть двери больницы женщинамъ, нуждающимся въ операціи оваріотоміи. Однакоже, въ 1858 г., Спенсеру Уэльсу разрѣшено было произвести эту операцію на трехъ женщинахъ; къ счастью, всѣ три выздоровѣли, послѣ чего стали являться и другіе случаи. Тогда консультантъ Ли оставилъ этотъ госпиталь и, только благодаря этому случайному совпаденію обстоятельствъ, вмѣшательство судебной власти въ рѣшеніе научныхъ вопросовъ не

имѣло мѣста. Въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ множество женщинъ изъ общихъ больницъ Лондона и другихъ городовъ направлялись въ этотъ пріютъ для оваріотомій и отсюда, какъ повѣствуетъ составитель отчета этой больницы, «онѣ возвращались бодрыми и здоровыми во свояси, унося на своемъ тѣлѣ *fac-simile* оваріотомиста Спенсера Уэльса».

Съ 1858 г. Samaritan free hospital, по мѣткому выраженію того-же автора, захватилъ кисты яичниковъ въ свои руки (the Samaritan took the disease in hand); хотя и въ другихъ госпиталяхъ эта операція также производилась, но все еще съ большимъ урономъ. Въ настоящее время, слѣдовательно, всего 30 лѣтъ спустя, эта прежде убійственная операція примѣняется съ большимъ успѣхомъ повсюду, даже у насъ въ Нижне-Тагильскѣ, и все это благодаря примѣру маленькаго пріюта Samaritan hospital. Составитель отчета этого госпиталя приводитъ два ряда статистическихъ цифръ, весьма поучительныхъ для насъ.

	вызд.	смер.
1) Въ другихъ госпиталяхъ *первая* сотня оваріот. давала:	37	63
» › » *послѣдняя* » » »	79	21
2) Въ Samaritan free hospital *первая* » » »	73	27
» » › » *послѣдняя* » » »	94	6[1])

Стало быть, при образцевой гигіэнической обстановкѣ оваріотомія 30 лѣтъ тому назадъ, когда и рѣчи о противугнилостной хирургіи — въ современномъ значеніи этого слова — не было, давала почти такой-же процентъ смертности, какой она даетъ въ настоящее время въ рукахъ нѣкоторыхъ оваріотомистовъ, примѣняющихъ строгія мѣры антисептики при обыкновенной госпитальной обстановкѣ.

Спенсеръ Уэльсъ въ 1877 году принялъ роль консультанта, а операціонный ножъ въ Samaritan hospital онъ передалъ въ руки своимъ двумъ ученикамъ: д-рамъ Бэнтоку (Granville Bantock) и Сзорнтону (Knowsley Thornton), съ дѣятельностью которыхъ я и познакомился въ теченіи лѣтняго семестра 1885 г.

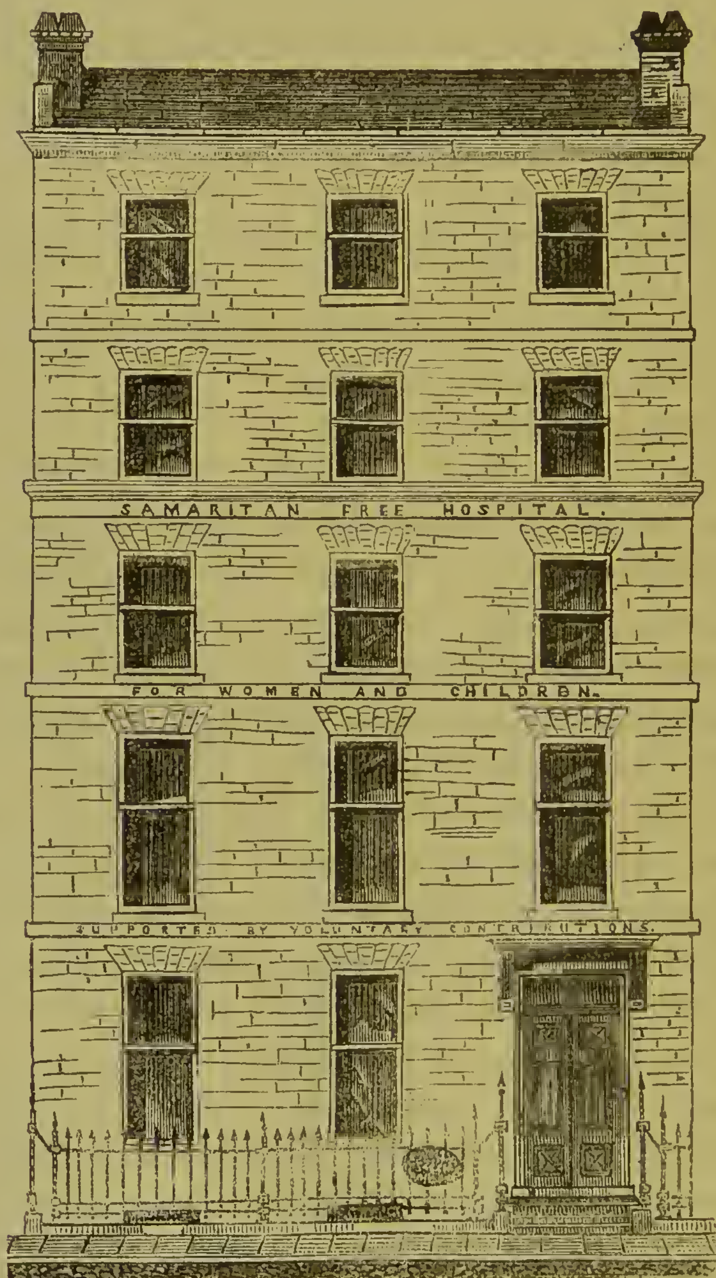
Samaritan free hospital въ настоящее время состоитъ изъ двухъ отдѣленій: въ одномъ домѣ, находящемся на Lower Seymour Street, Portman Square, W. помѣщаются исключительно женщины, подлежащія операціи въ области живота; въ другомъ домѣ, называемомъ «Dorset house» вблизи Manchester Square, принимаютъ больныхъ женщинъ и дѣтей со всякими болѣзнями, исключая острыхъ заразительныхъ формъ. Устройство дома Samaritan free hospital.

[1]) 38-й годовой отчетъ Samaritan free hospital, стр. 15.

Амбулаторный пріемъ больныхъ, доходящій до 5000 въ годъ, производится только въ послѣднемъ отдѣленіи; это дѣлается съ тою цѣлью, чтобы оградить операціонное отдѣленіе отъ возможности занесенія какой-либо нечистоты въ то зданіе больницы, гдѣ производятся операціи чревосѣченія.

Небольшой пятиэтажный домъ, точный снимокъ котораго я тутъ прилагаю (см. рис. 31), какъ образецъ удобнаго жилища для пріюта

Рис. 31.



Фасадъ дома *Samaritan free hospital*, служащаго спеціальною больницею для операцій въ брюшной полости.

больныхъ, по внѣшнему виду ничѣмъ не отличается отъ прочихъ домовъ этого квартала.

Внутреннее устройство и заведенный порядокъ этой больницы во многомъ походятъ на порядки французскихъ «maison de santé», какія мнѣ приходилось видѣть въ Парижѣ; но здѣсь вся администрація въ рукахъ врачей и частныхъ лицъ, тогда какъ въ Парижѣ этими «домами здравія» обыкновенно завѣдуютъ монахини, или же они устроены при монастыряхъ. Въ Samaritan free hospital никакой роскоши нигдѣ невидно; напротивъ того, слишкомъ скромная некрашенная деревянная мебель, рядомъ съ чрезвычайною опрятностью и заботливостью о больныхъ, свидѣтельствуютъ объ опытности лицъ, завѣдующихъ хозяйствомъ дома здравія. При обходѣ этихъ небольшихъ комнатъ въ одну или двѣ койки, вы найдете всегда либо недавно оперированныхъ, либо больныхъ, готовящихся къ выпискѣ послѣ тяжелой операціи. Обыкновенно здѣсь больныя въ теченіи 2-хъ, 3-хъ недѣль выздоравливаютъ и рѣдко занимаютъ койку болѣе 20 дней; поэтому здѣсь возможно — при весьма ограниченномъ числѣ коекъ — производить ежегодно до 150 и болѣе большихъ операцій.

Антисептическія мѣры д-ра Сзорнтона при чревосѣченіи.

Послѣдовательность въ примѣненіи строгихъ мѣръ антисептики видна уже у предверья или въ пріемной комнатѣ этой больницы, гдѣ на столѣ лежитъ шнуровая книга, куда каждый посѣтитель-врачъ вписываетъ свою фамилію и мѣсто жительства, свидѣтельствуя своею подписью въ томъ, что онъ въ теченіи послѣдней недѣли не прикасался къ больнымъ, страдавшимъ родильною горячкою, острымъ перитонитомъ и тому подобными заразительными болѣзнями. Послѣ такой подписи всякій врачъ имѣетъ свободный входъ въ палаты, гдѣ и производятся операціи чревосѣченія. Въ этой небольшой пріемной комнатѣ, служащей, вмѣстѣ съ тѣмъ, и конторою госпиталя, поставленъ прекрасный мраморный бюстъ Спенсера Уэльса, вокругъ котораго ежедневно собирается множество иностранныхъ врачей, приходящихъ сюда съ цѣлью присутствовать при производствѣ операцій. Вниманіе и предупредительность завѣдующихъ этой больницей къ иностраннымъ врачамъ доходитъ до того, что они нерѣдко извѣщаютъ письменно того врача, который заявилъ свое желаніе присутствовать при операціи, — когда предстоитъ болѣе рѣдкая операція въ Samaritan free hospital.

Обыкновенно операціи предпринимаются здѣсь въ 8 ч. утра и въ 2 ч. по-полудни. Оператору Сзорнтону помогаетъ д-ръ Меридисзъ (Meredith) и, кромѣ него, первый никого не допускаетъ къ опе-

рирусмой; оба эти хирурга — строгіе послѣдователи ученія Листера. Всѣ инструменты и предметы, долженствующіе придти въ соприкосновеніе съ раною, заранѣе дезинфицируются и погружаются въ 5% растворъ карболовой кислоты. Оперирусмая предварительно получаетъ теплую ванну, затѣмъ тщательно выбривается въ той области, гдѣ проведенъ будетъ разрѣзъ, послѣ того все тѣло покрывается гутаперчевою простыней, имѣющей въ срединѣ овальное отверстіе, края котораго смазаны липкимъ пластыремъ для того, чтобы они прилипли къ кожѣ живота; благодаря такому простому приспособленію больная остается во все время операціи чистою и сухою. Операторъ и ассистентъ работаютъ въ рубахахъ, рукава которыхъ засучиваются выше локтя. Пары карболоваго spray наполняютъ всю атмосферу комнаты. При операціи помогаютъ еще двѣ сидѣлки: одна подаетъ одной рукой чистыя губки, а въ другой рукѣ держитъ фаянсовую чашку, куда операторъ самъ бросаетъ нечистыя губки; обязанность второй сидѣлки состоитъ въ тщательномъ промываніи губокъ въ горячей водѣ; и все это дѣлается въ двухъ шагахъ отъ оператора, который зорко слѣдитъ за точнымъ исполненіемъ всѣхъ требованій антисептики. Операторъ не приступитъ къ разрѣзу, не сосчитавъ числа губокъ и всѣхъ инструментовъ; тоже самое онъ дѣлаетъ, когда берется за иглу, чтобы зашить рану. Операторъ самъ вынимаетъ нужный инструментъ изъ таза, саморучно накладываетъ пинцеты, перевязываетъ сосуды и вообще при операціи только его двѣ руки имѣютъ доступъ къ полости живота; его прямой помощникъ-врачъ только удерживаетъ внутренности, покрывъ послѣднія предварительно теплою салфеткою. Третій врачъ исключительно занятъ наркотизаціею больной; наркозъ вызывается смѣсью хлороформа съ чистымъ алкоголемъ и со всѣми предосторожностями постепенной наркотизаціи.

Nephrectomia (по Сзорнтону).

Наблюденіе XXI. **Nephrectomia**. Показаніемъ къ операціи служила саркоматозная опухоль лѣвой почки у женщины 45 лѣтъ.

Техника операціи (20/VI, 1885). Когда больная уже вполнѣ была занаркотизирована, операторъ а) провелъ *продольный разрѣзъ* длиною въ 15 сант. по лѣвой подвздошной впадинѣ, кнутри отъ прямыхъ мышцъ живота и слегка косвенно кнаружи. При послойномъ разсѣченіи покрововъ живота, Сзорнтонъ захватывалъ всякій кровоточащій сосудъ въ торсіонный пинцетъ Уэльса (см. рис. 33); стѣнки живота представлялись толщиною въ нѣсколько сантиметровъ. б) Обнаживъ брюшину, онъ ухватилъ послѣднюю пинцетомъ, надрѣзалъ ее

и — по введенному пальцу — разсѣкъ ее ножницами въ длину всего наружнаго разрѣза, тогда *въ ранѣ показался сальникъ;* покрывъ его теплою салфеткою, операторъ ввелъ лѣвую руку въ брюшную полость, оттянулъ въ сторону нисходящую часть ободочной кишки и в) *обнажилъ опухоль*, величиною въ дѣтскую голову, *покрытую брюшиною.* Вскрывъ капсулу опухоли, *онъ сталъ* осторожно, но вмѣстѣ съ тѣмъ энергично, *вылущивать пальцами опухоль,* что удавалось съ трудомъ. Не смотря на то, что ассистентъ отводилъ кишечникъ вмѣстѣ съ сальникомъ вверхъ и внутрь, оператору всетаки приходилось больше работать ощупью, ибо въ глубинѣ раны свѣта было недостаточно. Тѣмъ не менѣе, онъ мало по малу, покойно и настойчиво отрывалъ пальцами сращенія между опухолью и брюшиною, причемъ каждый надорванный сосудъ онъ захватывалъ въ торсіонный пинцетъ. Дойдя такимъ образомъ до ножки опухоли (т. е., до hilus renalis), г) *онъ наложилъ клямпъ* (см. рис. 33) и *выкатилъ всю опухоль наружу.* Отъискать въ глубинѣ живота почечные сосуды (aa. et vv. renales) и изолировать ихъ—оператору не удавалось; найдя мочеточникъ у нижне-задней границы опухоли, д) онъ подвелъ узкій клямпъ, а за нимъ двойную лигатуру; *перевязавъ мочеточникъ, операторъ отсѣкъ ножемъ всю опухоль.* Затѣмъ онъ сталъ перевязывать каждый сосудъ отдѣльно въ культѣ ножки, что потребовало добрыхъ двадцать минутъ времени; поэтому сильнаго кровотеченія не было и послѣ того, какъ удаленъ былъ клямпъ.

Очистивъ полость раны отъ кровяныхъ сгустковъ или сдѣлавъ то, что́ называется «туалетомъ» брюшной полости, Сзорнтонъ ввелъ чистую, широкую и плоскую губку и, сосчитавъ предварительно всѣ свои инструменты и губки онъ е) *приступилъ къ сшиванію раны живота.* Никакого дренажа онъ не вставлялъ въ рану, только вывелъ наружу конецъ нитки, которой перевязанъ былъ мочеточникъ; орошенія брюшной полости струей карболоваго раствора онъ также не дѣлалъ, а довольствовался смываніемъ поверхности кишечника и брюшины влажною губкою. Швовъ онъ накладывалъ двумя иглами, въ стежки захватывалась и брюшина, но не затягивалъ стежковъ, пока не была сшита вся рана. Наложивъ стежковъ 10—12, операторъ удалилъ губку изъ полости живота и сталъ затягивать нитки въ узелъ, при этомъ онъ вывелъ культю мочеточника наружу раны и смазалъ ее (культю) растворомъ іода. По окончаніи операціи, длившейся около часа времени, съ больной сняли клеенку, а на рану опе-

раторъ наложилъ нѣсколько слоевъ Листеровской марли, поверхъ этого кусокъ мэкентоша и укрѣпилъ новязку на животѣ широкими полосами липкаго пластыря. Оперированную сняли со стола вполнѣ сухую, уложили тутъ же на кровать и покрыли ее нѣсколькими одѣялами; больная вскорѣ пришла въ себя и ея самочувствіе было относительно недурно.

Изслѣдованіе опухоли. Затѣмъ д-ръ Сзорнтонъ пригласилъ гостей въ другую комнату, гдѣ онъ въ нашемъ присутствіи разрѣзалъ вылущенную опухоль; послѣдняя по наружному виду походила на саркоматозное или карциноматозное новообразованіе, захватившее всю почку; лоханки послѣдней были расширены и наполнены грязноватою, пигментированною жидкостью; камня не было.—Для болѣе точнаго опредѣленія характера опухоли, любезный хозяинъ предложилъ желающимъ гостямъ по куску новообразованія для микроскопическаго изслѣдованія.—Опухоль эта оказалась саркомою.

Послѣдовательное теченіе. Десять дней спустя я видѣлъ больную въ положеніи, дающемъ полную надежду на скорое выздоровленіе. 29/VI 1885 t^0 у оперированной=98° Ф., т. е., почти 37° Ц.; повязку въ теченіи первыхъ дней послѣ операціи приходилось нѣсколько разъ перемѣнять, ибо на второй день t^0 поднялась до 105° Ф., равное 40,5° Ц., и потому Сзорнтонъ счелъ необходимымъ сдѣлать противоотверстіе въ поясничной области и провести дренажъ, послѣ чего оперированная стала чувствовать себя лучше.

Чтоже касается техники этой весьма сложной операціи, то она была выполнена д-ромъ Сзорнтономъ съ сознаніемъ дѣла и—главное—съ безупречнымъ соблюденіемъ строгихъ мѣръ Листеровскаго ученія.

Въ томъ же Samaritan free hospital я познакомился съ дѣятельностью д-ра Бэнтока при слѣдующихъ операціяхъ:

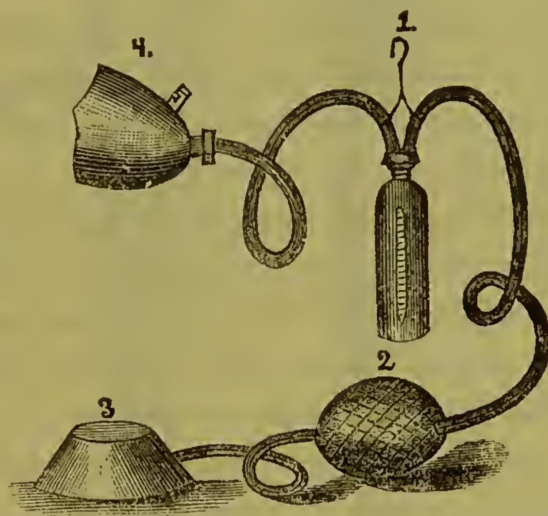
Ovariotomia, по Бэнтоку.

Наблюденіе XXII. **Ovariotomia**, по Бэнтоку. Эта операція была назначена къ 2 ч. 30′ пополудни 24/VI 1885, о чемъ извѣщалось наканунѣ особеннымъ объявленіемъ, выставленнымъ въ прихожей комнатѣ Samaritan free hospital. И д-ръ Бэнтокъ требовалъ отъ посторонних посѣтителей-врачей росписаться въ книгѣ въ томъ, что въ теченіи послѣдней недѣли они не производили никакого вскрытія, а въ самый день операціи они не посѣщали анатомическаго театра и не имѣли на рукахъ больныхъ женщинъ, страдающихъ родильною горячкою и тому подобными заразительными болѣзнями.

Когда по звонку гости приглашены были наверхъ, въ 3-й этажъ

больницы, то на операціонномъ столѣ уже лежала захлороформированной исхудалая, анэмичная 25-лѣтняя женщина, у которой на животѣ выступала опухоль, величиною беременной матки на сносяхъ. Весь животъ больной былъ покрытъ клеенкой, съ овальнымъ отверстіемъ, обнажавшимъ кожу живота отъ лобка до пупка. У изголовья больной стоялъ хлороформистъ, наркотизировавшій оперируемую помощью аппарата Юнкера, дѣйствіе котораго нетрудно понять по прилагаемому при семъ рисунку 32.—По правой сторонѣ больной стоялъ операторъ безъ сюртука и тщательно вычищалъ свои ногти карманнымъ ножикомъ, который онъ вынималъ изъ футлярчика; предплечья у оператора обнажены были выше логтя; на немъ былъ бѣлый клеенчатый передникъ. По лѣвой сторонѣ больной стоялъ ассистентъ—д-ръ Персей-Боультонъ (Percy Boulton) въ такомъ же нарядѣ. Сзади оператора — двѣ сестры милосердія въ безупречно-чистыхъ передникахъ и съ засученными рукавами. *Инструменты*, выложенные въ извѣстномъ порядкѣ, *погружены были въ дестилированной водѣ, ничѣмъ не дезинфицированной;* рядомъ стоялъ тазъ съ обыкновенной теплой водой, въ которомъ д-ръ Бэнтокъ во время операціи часто вымывалъ руки. *Никакого spray не было*. Въ операціонной комнатѣ, въ три окна, верхняя половина (см. рис. 31) крайняго окна была открыта, благодаря чему воздухъ въ палатѣ былъ пріятный, прохладный, не смотря на то, что, кромѣ перечисленныхъ лицъ, при операціи присутствовало 10 человѣкъ врачей въ роли посѣтителей.

Рис. 32.



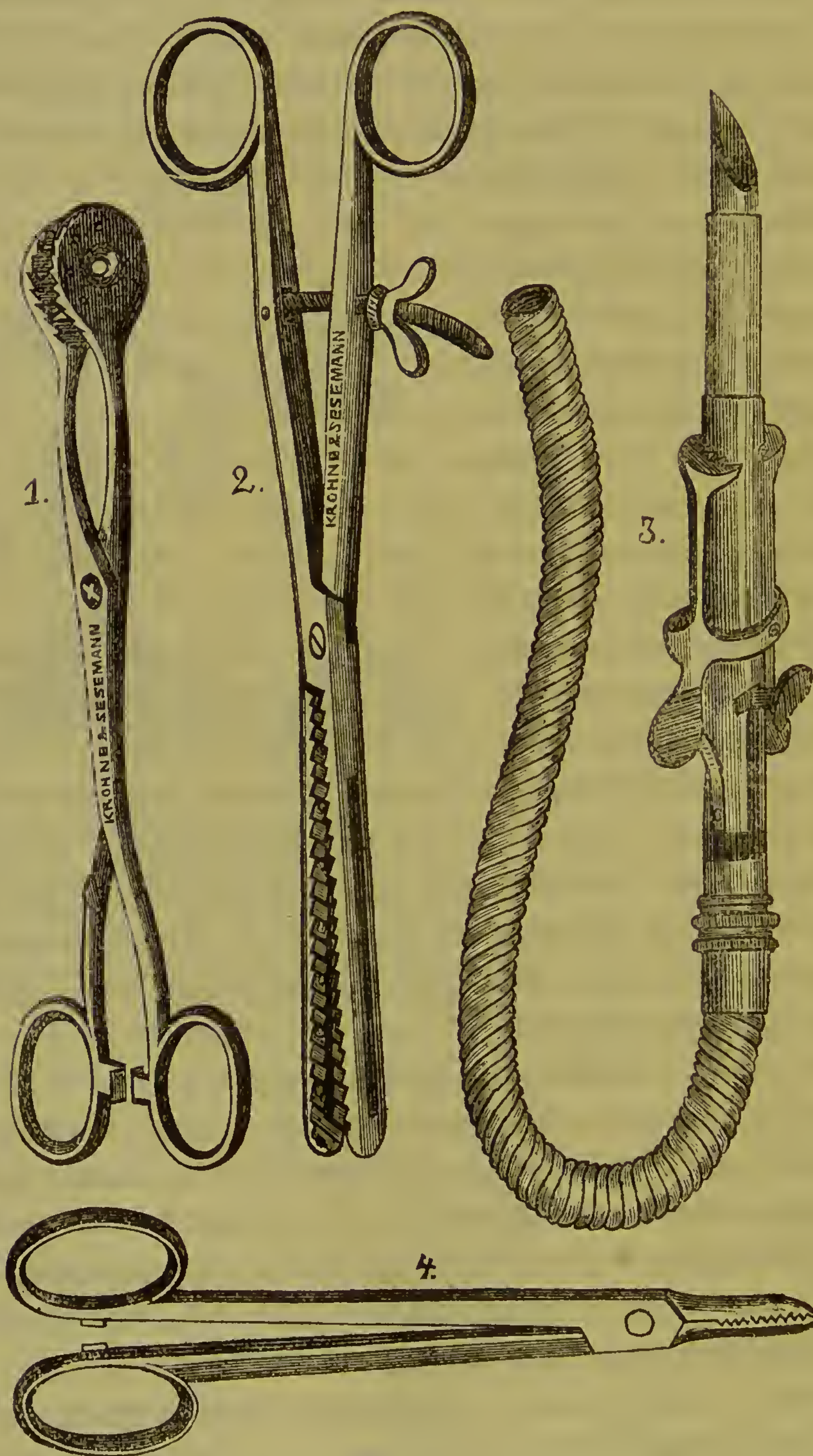
Аппаратъ Юнкера для наркотизированія парами метилена или эфира въ смѣси съ воздухомъ.

1—крючокъ, при помощи котораго привѣшивается бутылка съ хлороформомъ; 2—каучуковый шаръ, вгоняющій воздухъ; 3—ножные мѣхи; 4—кожанная воронка съ клапаномъ, прилагающаяся къ устамъ оперируемаго.

Техника операціи (24/VI 1885). Операторъ a) *провелъ линейный разрѣзъ,* начиная на два поперечныхъ пальца ниже пупка, внизъ къ лонному сращенію, причемъ разсѣкалъ покровы вплоть до бѣлой линіи; кровоточащіе сосуды ассистентъ захватывалъ въ Спенсеровскіе

пинцеты; расщепивъ сухожильныя волокна m. rectus abdominis, онъ обнажилъ брюшину и, сдѣлавъ маленькій надрѣзъ, вскрылъ послѣднюю

Рис. 33.



Уэльсовскіе инструменты, употребляющіеся при оваріотоміи Бэнтокомъ.
1—малый клямпъ; 2—большой клямпъ; 3—троакаръ для прокалыванія кисты;
4—Уэльсовскій торсіонный пинцетъ.

по желобоватому зонду на длину кожнаго разрѣза; тогда въ ранѣ показалась стѣнка кисты. б) Операторъ *вколол̆ъ толстый троакаръ* (см. 3, рис. 33) съ отведеннымъ каучуковымъ рукавомъ; тотчасъ же показалась серозная жидкость, выливавшаяся въ подставленный тазъ; но киста все еще не уменьшилась на столько, чтобы ее возможно было цѣликомъ выкатить наружу раны; поэтому Бэнтокъ вкололъ остроконечный ножъ и верхушкою его сдѣлалъ нѣсколько надрѣзовъ въ самой полости кисты, послѣ чего изъ каучуковаго рукава стала вытекать коллоидная масса. Чтобы предупредить изліянія жидкости въ брюшную полость, онъ захватилъ малыми клямпами (см. 1, рис. 33) стѣнку кисты у самыхъ надрѣзовъ и передалъ инструменты помощнику, который осторожно вытаскивалъ кисту наружу. Киста была многополостная, поэтому приходилось сдѣлать нѣсколько надрѣзовъ въ различныхъ мѣстахъ ея полости; послѣдняя порція вытекавшей жидкости представлялась черною, на подобіе кофейной гущи. Опорожнивъ мѣшокъ, операторъ в) *вытащилъ всю кисту* до самой ножки и наложилъ на послѣднюю большой узкій клямпъ (см. 2, рис. 33), а позади него *набросилъ двойную шелковую лигатуру,* которую онъ затянулъ весьма туго; затѣмъ г) *отсѣкъ весь мѣшокъ* среди двухъ лигатуръ; при этомъ кровотеченіе было весьма незначительно. Очистивъ полость живота помощью влажныхъ губокъ (которыхъ при операціи всего было 6: двѣ широкія плоскія и 4 малыя круглыя), операторъ покрылъ переднюю поверхность кишечника теплою губкою и д) *сталъ зашивать рану живота* конскимъ волосомъ, такъ назыв. *fil de Floran* краснаго цвѣта. Всего наложено было 8 стежковъ, причемъ въ проколъ захватывалась и брюшина; наконецъ, онъ удалилъ изъ полости живота широкую губку и, убѣдившись въ томъ, что тамъ нѣтъ кровяныхъ сгустковъ, затянулъ швы.

Повязка. На мѣстѣ разрѣза Бэнтокъ наложилъ нѣсколько слоевъ мягкой, бѣлой марли, *некарболизованной,* поверхъ послѣдней немного ваты, еще марлевый компрессъ и укрѣпилъ всю эту повязку фланелевымъ набрюшникомъ. Больная, по снятіи съ нея клеенки, представлялась вполнѣ сухою и чистою.

Вся операція длилась всего 30 минутъ, считая отъ проведенія разрѣза на животѣ до уложенія больной въ кровать; время я самъ прослѣдилъ по часамъ.

Послѣдовательное теченіе. На третій день послѣ операціи я навѣстилъ эту оперированную и нашелъ ее въ слѣдующемъ состояніи:

$t^0=98^0$ Ф., которая только къ вечеру перваго дня поднялась до 100^0 Ф., т. е., 38,0 Ц.; повязка вовсе не мѣнялась; по снятіи ея рана представлялась безусловно сухою и чистою; у швовъ ни малѣйшей реакціи. Первый слой марли, прилегавшій непосредственно къ ранѣ, былъ слегка окрашенъ кровью, но не имѣлъ никакого запаха. Д-ръ Бэнтокъ вновь наложилъ нѣсколько слоевъ мягкой сухой марли и поверхъ нея прежній слой ваты и фланелевый набрюшникъ. — Въ этой просторной палатѣ не помѣщались другія больныя.

Особенности оперативной техники д-ра Бэнтока.

Д-ръ Гренвиль Бэнтокъ, на видъ, человѣкъ подъ 50 лѣтъ; онъ—строгій послѣдователь Спенсера Уэльса; въ безусловной чистотѣ онъ видитъ лучшее обеззараживающее средство, т. е., онъ не употребляетъ никакихъ химическихъ агентовъ для безгнилостнаго леченія ранъ. По личнымъ его указаніямъ, я могу передать, что обыкновенно онъ на четвертый день мѣняетъ первую повязку, чтобы смыть засохшую сукровицу крови съ поверхности раны; швы опъ удаляетъ на 8 день. «*Заживленіе раны безъ нагноенія*», говоритъ Бэнтокъ, «*есть обыденное явленіе въ моей практикѣ*». А оперативная практика его—весьма широка и многосторонняя (см. ниже).

Но, кромѣ чистоты, бросающейся въ глаза постороннимъ посѣтителямъ его отдѣленія въ Samaritan free hospital, особенность его оперативной техники составляетъ чрезвычайная нѣжность манипуляцій: во время описанной нами операціи д-ръ Бэнтокъ почти не былъ пальцами въ полости живота, т. е., не прикасался вовсе ни до петель кишекъ, ни другихъ внутреннихъ органовъ живота.

Я полагаю, что устраненіе всякихъ травматическихъ инсультовъ не мало способствуетъ заживленію ранъ вообще, а брюшины въ особенности.

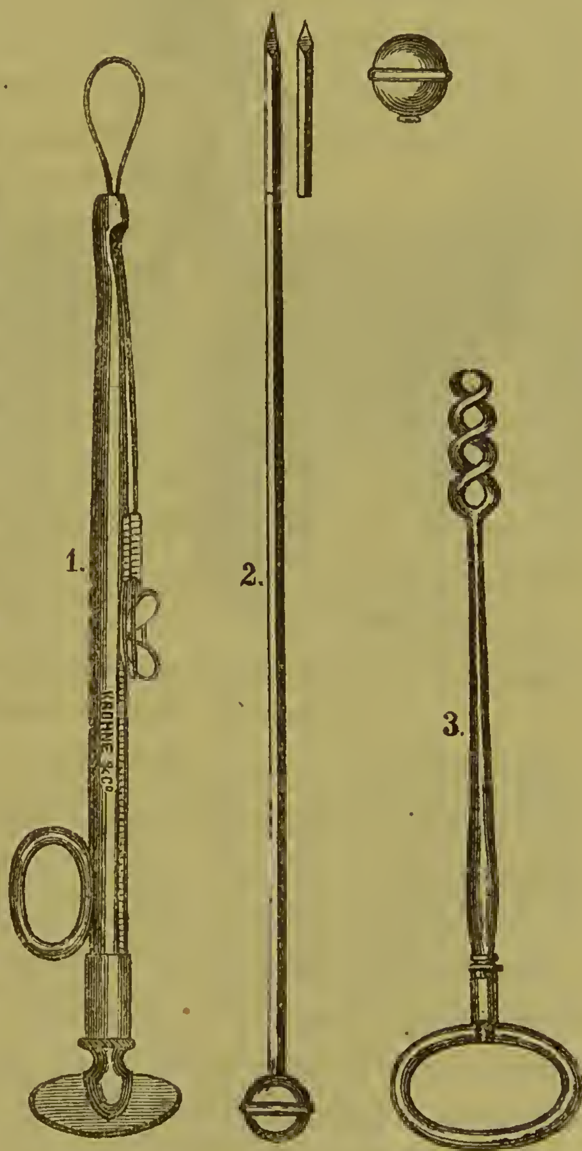
Hysterectomia, по Бэнтоку.

Наблюденіе XXIII. **Hysterectomia** по Бэнтоку. 27/VI 1885 въ Samaritan free hospital назначена была операція *hysterectomia* въ 9 ч. 30′ утра. Къ назначенному часу человѣкъ восемь иностранныхъ врачей собрались въ пріемной комнатѣ названнаго госпиталя, откуда мы вскорѣ позваны были въ 5-й этажъ, подъ самую крышу зданія; здѣсь въ маленькой, низкой комнатѣ, но весьма опрятной, лежала на операціонномъ столѣ 35-лѣтняя, крайне анэмичная женщина, уже захлороформированная. У нея по средней линіи живота рѣзко выступала плотная, гладкая, круглая опухоль, величиною въ голову новорожденнаго ребенка.—Тѣло больной покрыто было клеенкой, въ которой прорѣзано овальное отверстіе, обнимающее собою очертанія названной

опухоли живота. Расположеніе оператора и его помощниковъ, равно какъ и подготовительные пріемы на этотъ разъ были такіе же, какъ и въ предъидущемъ случаѣ.

Техника операціи (27/VI 1885). а) *Операторъ провелъ кожный разрѣзъ по средней линіи живота,* начиная отъ пупка внизъ къ лонному сращенію; обнаживъ прямыя мышцы живота, онъ торсировалъ перерѣзанные сосуды; б) *вскрывъ поперечную фасцію и брюшину,* онъ ввелъ указательный палецъ въ полость живота и обошелъ вокругъ передней поверхности опухоли, чтобы опредѣлить, нѣтъ ли сращеній между опухолью и передней стѣнкой живота. Не находя таковыхъ, онъ по указательному пальцу расширилъ отверстіе еще вверхъ на два поперечныхъ пальца выше пупка. (NB. причемъ Бэнтокъ провелъ разрѣзъ по *прямой линіи,* а не уклонялся влѣво отъ пупка, какъ это обыкновенно дѣлается), *послѣ чего большая часть опухоли выступаетъ изъ длиннаго разрѣза,* но выкатить ее наружу выжиманіемъ—не удавалось. в) Тогда операторъ *ввертѣлъ въ плотную опухоль никелированный пробочникъ* (см. 3, рис. 34) и, ухвативъ послѣдній за кольцо, сталъ выкатывать опухоль изъ полости живота экстракціями внизъ и въ сторону; этотъ актъ удался весьма успѣшно и вскорѣ вся опухоль, величиною въ небольшой арбузъ, выступила

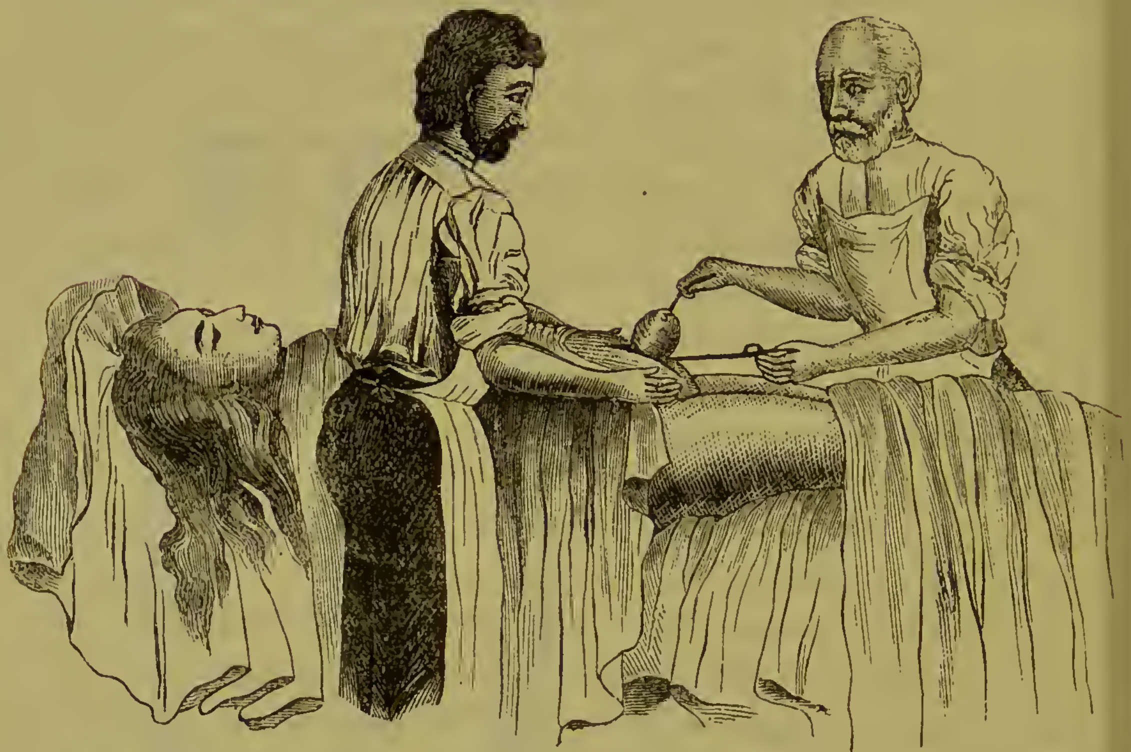
Рис. 34.



Инструменты, употребляющіеся Бэнтокомъ при *hysterectomia.*
1—проволочный экразёръ; 2 — игла для фиксированія петли (transfixing needle) со съемнымъ наконечникомъ; 3—пробочникъ для вытаскиванія опухоли (fixateur).

наружу, безъ всякаго выпаденія другихъ внутренностей, ибо ассистентъ во время экстракціи опухоли нажималъ покровы живота съ поверхности вглубь (см. рис. 35). г) Затѣмъ *операторъ вложилъ въ брюшную полость двѣ широкія, плоскія влажныя губки* и,

Рис. 35.



Hysterectomia по Бэнтоку. Моментъ извлеченія опухоли при помощи пробочника (fixateur).

отъискавъ сначала по правой сторонѣ яичникъ, *перевязалъ его связку толстою шелковою лигатурой;* тоже самое было сдѣлано и по лѣвой сторонѣ.—Эти два момента операціи были совершенно безкровны. д) Теперь Бэнтокъ накинулъ лигатуры на широкія связки матки и *провелъ разрѣзъ вокругъ основанія опухоли*, т. е., вблизи маточной шейки,. причемъ разсѣкалъ ножемъ только брюшину и наружную капсулу опухоли; тѣмъ не менѣе, эта манипуляція сопровождалась значительнымъ кровотеченіемъ изъ толстыхъ венозныхъ сплетеній, что потребовало наложенія до 24 легкихъ торсіонныхъ пинцетовъ. Закончивъ этотъ круговой разрѣзъ, операторъ старался пальцами обойти вокругъ опухоли какъ можно ниже и е) *подвелъ подъ самое основаніе тонкую желѣзную проволоку*, вставленную въ экразёръ (см. 1, рис. 34), и помощью поворотовъ винта постепенно затягивалъ набро-

шенную желѣзную петлю; при этомъ никакого кровотеченія не было. Замѣчу, что петля экразёра легла ниже пинцетовъ, наложенныхъ на капсулѣ опухоли. Далѣе, операторъ вкололъ двѣ длинныя иглы (см. 2, рис. 34) съ навинчивающимися пуговками въ толщу матки повыше наложенной петли, съ цѣлью фиксировать послѣднюю. ж) Теперь *онъ смѣлыми ударами ножа отсѣкъ всю матку*, причемъ удары ножа сопровождались хрустомъ, поверхность разрѣзовъ представлялась бѣлою, безкровною; весь этотъ моментъ длился не болѣе двухъ минутъ и былъ совершенно безкровенъ. Когда вся опухоль очутилась уже въ рукахъ оператора, то онъ еще добавочными разрѣзами высѣкалъ оставшіяся части плотной ткани изъ капсулы, чтобы получить возможно меньшую культю, которую онъ сшилъ нѣсколькими стежками, захватывая въ уколы брюшину вмѣстѣ съ капсулой.

Наконецъ, операторъ тщательно осмотрѣлъ еще разъ брюшную полость, очистилъ поверхность кишечника влажною теплою губкою и з) *зашилъ рану живота конскимъ волосомъ*, причемъ петлю экразёра и поверхъ ея лежащія двѣ длинныя иглы онъ вывелъ чрезъ нижній уголъ раны наружу.

Повязка состояла изъ нѣсколькихъ комковъ мягкой, сухой марли, которая подкладывалась и подъ концы оставленныхъ при ранѣ инструментовъ; поверхъ слоевъ марли наложена была подушка изъ чистой ваты и фланелевый бинтъ. Еще разъ повторяю, что ни карболоваго распылителя, никакихъ другихъ химическихъ веществъ для обеззараживанія раны или инструментовъ не было употребляемо.

Вся операція на этотъ разъ длилась ровно 1 ч. 15′. Оперативная техника д-ра Бэнтока, его замѣчательная послѣдовательность и хладнокровіе въ пріемахъ, завидная ловкость въ рукахъ приводили въ изумленіе всѣхъ присутствующихъ врачей, среди которыхъ былъ и молодой профессоръ Парижской медицинской школы, д-ръ Кирмиссонъ— ученикъ знаменитаго Вернейля. Замѣчу, что, при всѣхъ вышеописанныхъ сложныхъ манипуляціяхъ, оператору ни разу не приходилось вправлять какія-либо случайно выпавшія ввутренности, исключая сальника, который прилипалъ къ губкѣ при вытираніи брюшной полости.

Анатомическое изслѣдованіе вырѣзанной опухоли показало: вся матка представлялась фиброзно-перерожденною, ткань ея на разрѣзѣ была хрящевата и малокровна, капсула опухоли была чрезвычайно утолщена и легко отдѣлялась отъ подлежащей фиброзно-мышечной ткани. Полости матки и ея роговъ представлялись расширенными, а

шейка была выполнена разросшимися, кровоточивыми грануляціями.— При разсматриваніи этой опухоли д-ръ Боультонъ поставилъ вопросъ — нельзя-ли было вылущить всю опухоль изъ капсулы, т. е., произвести *exstirpatio uteri subperitonealis?* На это Бэнтокъ вполнѣ основательно возразилъ, что такая операція сопровождалась бы почти смертельнымъ кровотеченіемъ, такъ какъ въ толщѣ самой капсулы заложены были широкіе сосуды, которыхъ приходилось-бы, хотя-нехотя, разрывать.

Бэнтокъ при визитаціи больныхъ.

По окончаніи этой операціи я обратился къ д-ру Бэнтоку съ просьбою—познакомить меня съ уходомъ и послѣдовательнымъ леченіемъ его оперированныхъ; онъ любезно предложилъ мнѣ сопровождать его при визитаціи больныхъ его отдѣленія. Сначала онъ повелъ меня въ 3-й этажъ, гдѣ въ просторной палатѣ въ три окна, помѣщались 6 коекъ, изъ нихъ 4 были заняты больными, а двѣ остаются всегда свободными, чтобы тотчасъ послѣ обновленія повязки больную переносить на свѣжую постель. Здѣсь я видѣлъ:

1) женщину, лѣтъ подъ 40, у которой Бэнтокъ двѣ недѣли тому назадъ произвелъ *кастрацію* обоихъ яичниковъ; показаніемъ къ операціи служила сильно выраженная hysteria. Самочувствіе этой больной теперь было вполнѣ удовлетворительно, хотя она еще была очень нервна; такъ, напр., сочувственно обращенная къ ней рѣчь доктора легко вызывала плачъ. По снятіи повязки у этой больной рана на животѣ оказалась зарубцевавшеюся, за исключеніемъ нижняго угла, гдѣ находилось еще небольшое отверстіе, глубиною въ $1^1/_2$—2 сант., изъ котораго выдѣлялось нѣсколько капель густаго гноя; извлеченный изъ этого отверстія комочекъ марли не имѣлъ никакого гнилостнаго запаха. Эту ранечку Бэнтокъ промылъ теплою, простою водою, осушилъ ее губкой и впустилъ въ неглубокій каналъ нѣсколько (около чайной ложечки) глицерина со спиртомъ; затѣмъ наложилъ два слоя мягкой марли, ватную подушечку и прибинтовалъ эту легкую повязку фланелевымъ бинтомъ.

2) Молодую женщину, 24-хъ лѣтъ, у которой съ недѣлю тому назадъ также произведена была *hysterectomia.* Состояніе раны было вполнѣ удовлетворительно: она была уже зарубцевана, за исключеніемъ нижняго угла разрѣза, гдѣ лежалъ экразёръ, находилось еще незначительное отверстіе, почти невыдѣлявшее гноя.

3) *Castratio* обоихъ яичниковъ или *oophorectomia* у женщины, страдавшей болѣзненной dysmenorrhoea; она была оперирована пять

дней тому назадъ и повязка по сей день не мѣнялась, такъ какъ самочувствіе больной было вполнѣ удовлетворительно.

4) Такой же случай *oophorectomia* обоихъ яичниковъ у сорокалѣтней женщины: эта оперированная чувствовала себя на столько здоровою, что уже на 20-й день по поступленіи она готовилась выписаться изъ больницы.

Кромѣ этихъ больныхъ, я видѣлъ въ другой палатѣ женщину, подвергавшуюся ovariotomiae, описанной мною выше (см. наблюденіе XXII); ея состояніе давало надежду на скорое выздоровленіе.

Д-ръ Бэнтокъ во время визитаціи одѣтъ англійскимъ джентельменомъ съ букетомъ цвѣтовъ въ петлицѣ; послѣ изслѣдованія каждой больной онъ тотчасъ же вымываетъ руки въ теплой водѣ и тщательно вычищаетъ пальцы ногтечисткой; его сопровождаетъ только сестра милосердія, которая, къ слову сказать, умѣетъ всегда во время предупредить желаніе врача, поэтому послѣднему рѣдко приходится дѣлать какія-либо назначенія. Съ больными д-ръ Бэнтокъ обращается чрезвычайно ласково, сочувственно, но, вмѣстѣ съ тѣмъ, весьма серьезно. Съ другой стороны, больныя относятся къ нему съ уваженіемъ и благоговѣніемъ; такъ, напр., я видѣлъ, что у многихъ оперированныхъ на столѣ красуется фотографическій портретъ Бэнтока.

Палаты его отдѣленія изумляютъ чистотой и простотой: вся *мебель*, кромѣ кроватей, сдѣлана изъ простаго сосноваго дерева и *некрашена;* никакихъ ковриковъ на полахъ я не видѣлъ; полы некрашены и совершенно бѣлы: на окнахъ бѣлыя шторы; стѣны выкрашены въ свѣтло-розовый цвѣтъ водяною краскою.

Единственныя украшенія комнаты — живые цвѣты, поставленные на каминахъ, и гравюры, развѣшанные по стѣнамъ.

Наблюденіе XXIV. Oophorectomia (по Бэнтоку). 38-лѣтняя женщина страдала нѣсколько мѣсяцевъ болью въ правомъ яичникѣ, гдѣ ощупывалась незначительная опухоль, величиною въ небольшой мандаринъ; опредѣлить съ точностью характеръ этой опухоли—нельзя было; поэтому д-ръ Бэнтокъ на афишѣ объявилъ, что онъ предприметъ laparotomiam съ цѣлью выяснить значеніе этой опухоли, неподдававшейся излеченію обычными гинекологическими средствами.

Oophorectomia, по Бэнтоку.

Техника операціи (1/VII 1885). Всѣ подготовительные пріемы при этой операціи были такіе же, какъ и въ предъидущихъ случаяхъ. Оперируемая была женщина съ богатымъ жировымъ слоемъ стѣнки живота. а) Операторъ *провелъ* выше лобка *разрѣзъ по бѣлой линіи жи-*

вота длиною въ 5—6 сантиметровъ до самой брюшины; унявъ кровотеченіе въ кожной ранѣ, онъ б) *вскрылъ брюшину, ввелъ правую руку* по передней стѣнкѣ живота въ брюшную полость, *отъискалъ правый яичникъ,* который вытащилъ наружу; послѣдній представлялся въ видѣ небольшой, овальной опухоли, сидѣвшей на правой широкой связкѣ. Бэнтокъ принялъ эту опухоль за начало яичниковой кисты и потому в) *онъ перевязалъ ея ножку* вблизи правой Фаллопіевой трубы крѣпкою шелковою лигатурою и д) *усѣкъ весь яичникъ.* Послѣ того онъ осмотрѣлъ *лѣвый* яичникъ и хотя послѣдній не представлялъ никакихъ измѣненій, онъ все-таки урѣзалъ и этотъ яичникъ. Такимъ образомъ онъ произвелъ *castratio duplex.* Кровотеченія не было. Вся операція вмѣстѣ со сшиваніемъ раны продолжалась полчаса.

Повязка состояла изъ нѣсколькихъ слоевъ сухой, мягкой безлекарственной марли, широкой ватной подушки, завернутой въ такую же марли и поверхъ всего этого фланелевый набрюшникъ, застегнутый американскими булавками.

Вырѣзанная опухоль представляла собою *дермоидную кисту* яичника въ начальномъ стадіи развитія, весьма красивой формы—въ родѣ небольшой грозди винограда. Д-ръ Бэнтокъ находилъ эту опухоль на столько рѣдкою, что онъ рѣшилъ ее цѣликомъ отправить въ одинъ изъ Лондонскихъ музеевъ, поэтому онъ не разрѣзалъ ее.—*Лѣвый* же *яичникъ,* кромѣ гиперэміи, *не представлялъ ничего патологическаго.*

При воспоминаніи объ этомъ случаѣ, у меня, неспеціалиста по гинекологіи, какъ-то невольно рождается вопросъ: *вправѣ ли врачъ*—согласуясь съ современнымъ ученіемъ объ этіологіи яичниковъ кистъ—*лишать молодыхъ женщинъ плодотворности* изъ за одного лишь предположенія, что и другой яичникъ можетъ со временемъ сдѣлаться почвою для развитія новой кисты? Этотъ столь важный въ соціально-гуманномъ отношеніи вопросъ рѣшается Samaritan free hospital слишкомъ легко: Сзорнтонъ и Бэнтокъ, ничуть не колеблясь, весьма часто производятъ двустороннюю кастрацію яичниковъ у относительно молодыхъ женщинъ.

Статистическіе выводы изъ практики Бэнтока.

Не желая входить въ подробности другихъ операцій, техника которыхъ во многомъ походитъ на представленныя мною наблюденія, замѣчу только, что успѣхи д-ра Бэнтока на такомъ трудномъ оперативномъ полѣ, какова брюшная область, не оставляютъ желать лучшаго.

На сколько результаты его сложныхъ операцій успѣшны, читатель можетъ судить по послѣднему его отчету, опубликованному въ мартѣ 1887 г. [1]).

Таблица VI. Сто случаевъ чревосѣченій, произведенныхъ Бэнтокомъ.

Число случаевъ.	Названіе операціи.	Выздор.	Умерло.
50	Ovariotomia	49	1
9	Hysterectomia	9	0
15	Supra-vaginal hysterectomia	12	3
12	Удаленіе придатковъ матки (болѣзни) .	10	2
3	Удаленіе придатковъ матки (fibroma). .	2	1
1	Удаленіе hydatidis peritonei	1	0
1	Удаленіе cystis retro-peritonealis . .	1	0
1	Incisio и дренажированіе	1	0
7	Laparotomia съ цѣлью изслѣдованія . .	7	
1	Неоконченная операція	0	1
100		92	8

Итакъ, д-ръ Бэнтокъ дошелъ въ своемъ оперативномъ искусствѣ до того, что операція laparotomia сама по себѣ не угрожаетъ вовсе жизни, а ovariotomia доведена до 2% смертности, т. е., менѣе того, что даетъ ампутація на конечностяхъ при соблюденіи самыхъ строгихъ мѣръ антисептики; напр., по статистикѣ Фолькманна, ампутаціи при лучшихъ условіяхъ даютъ 5—7% смертности. Наконецъ, 8 смертельныхъ исходовъ изъ 100 оперированныхъ—это такое отношеніе, какого никто изъ современныхъ хирурговъ не достигалъ еще при самомъ разнообразномъ оперативномъ матеріалѣ.

Всѣ эти 100 операцій произведены были д-ромъ Бэнтокомъ въ теченіи 20 мѣсяцевъ, именно: съ 13/II 1885 по 17/XI 1886 *и безъ всякихъ такъ назыв. антисептическихъ средствъ,* прибавляетъ авторъ «Нѣкоторыя изъ нихъ производились въ Samaritan free hospital въ то «время, когда въ сосѣднихъ палатахъ умирали больныя отъ септицэміи «и я не считалъ нужнымъ завѣшивать дверь мокрой простыней, смо«ченной въ карболовой кислотѣ. Но я принималъ строжайшія мѣры,

---

[1]) *One hundred consecutive cases of abdominal Section* by Geo Granville Bantock (см. Lancet 12 и 19/III, 1887).

«чтобы соблюдать ту *чистоту* (cleanliness), которую я уже описалъ «нѣсколько лѣтъ тому назадъ, какъ *самую надежную безгнилостную* «*систему и единственное вѣрное средство* (the most efficient of «all antiseptic systems and the only perfect one [1])].

Но проводить съ такою послѣдовательностью принципъ *беззаразнаго* (антисептическаго) способа леченія ранъ, какъ это дѣлаетъ Бэнтокъ, не всякому удается; иначе трудно себѣ объяснить — почему д-ръ Сзорнтонъ, работающій въ стѣнахъ того же Samaritan free hospital, предпочитаетъ придерживаться *противугнилостнаго* (антисептическаго) способа. Въ началѣ этой главы я уже привелъ одно наблюденіе изъ практики этого хирурга-гинеколога; но чтобы представить его строгую послѣдовательность въ проведеніи принциповъ Листеровскаго ученія и болѣе рельефно очертить его оперативную технику, я считаю нужнымъ еще привести нѣсколько другихъ наблюденій изъ практики д-ра Сзорнтона.

Ovariotomia duplex, по Сзорнтону.

Наблюденіе XXV. **Ovariotomia duplex**, по Сзорнтону. 29/VI 1885 г. я присутствовалъ при операціи удаленія яичниковыхъ кистъ у 20-лѣтней дѣвицы. Операція происходила въ 5-мъ этажѣ Samaritan free hospital, въ весьма низкой и малой комнатѣ въ одно окно; кромѣ оператора, его ассистента, хлороформиста и двухъ сестеръ милосердія, здѣсь присутствовало 12 врачей-гостей. Когда пустили въ ходъ паровой распылитель, то въ комнатѣ стало до того жарко и душно, что нужно было опасаться за жизнь наркотизируемой больной. Оперировать въ такой душной атмосферѣ, я полагаю, не рѣшится и операторъ старой школы хирургіи, тѣмъ менѣе это извинительно д-ру Сзорнтону—современному молодому хирургу.

Предварительныя приготовленія къ операціи были тѣже, какія описаны мною выше при наблюденіи XXI операціи nephrectomia (см. стр. 182).

Техника операціи (29/VI 1885). Операторъ провелъ а) *небольшой разрѣзъ по бѣлой линіи живота*, послойно разсѣкъ всѣ покровы до брюшины; унявъ кровотеченіе изъ перерѣзанныхъ артерій, онъ б) *надрѣзалъ брюшину*, ввелъ указательный палецъ и по немъ *вскрылъ брюшную полость длиннымъ разрѣзомъ* вдоль всей раны. Теперь показалась опухоль фіолетоваго цвѣта съ сильно расширенными венозными сосудами. в) Операторъ *ввелъ въ полость живота пра-*

---

[1]) Lancet, стр. 570 19/III 1887.

вую ладонь, стараясь обойти сферическую поверхность опухоли; при этомъ оказалось, что послѣдняя подымается вверхъ до грудобрюшной преграды и здѣсь несвободна. Тогда Сзорнтонъ удлинилъ кожный разрѣзъ вверхъ, на четыре поперечныхъ пальца выше пупка, и внизъ къ лобку; г) *ввелъ свободно обѣ ладони* и сталъ постепенно отдѣлять сращенія между стѣнкою живота и опухолью; но вдругъ *лопнула киста и часть коллоидной жидкости излилась въ полость живота;* операторъ тотчасъ же вывелъ отверстіе кисты наружу, заткнулъ его пальцами лѣвой руки, а правой сталъ вычищать жидкость изъ полости живота помощью губокъ. д) Наконецъ, *вся киста была выведена наружу*; она представлялась величиною въ тыкву, съ бугроватою поверхностью; оторванныя сращенія не кровоточили. Операторъ покрылъ внутренности теплою, влажною губкою; е) *отыскалъ ножку лѣваго яичника*, ввелъ чрезъ нее двойную шелковую лигатуру, затянулъ одинъ узелъ впереди широкой связки, а другой—позади послѣдней и *отрѣзалъ всю кисту*, причемъ кровотеченія почти не было. ж) Теперь *операторъ вытащилъ* наружу и *правый яичникъ*, который представился величиною въ куриное яйцо; *надрѣзавъ его стѣнку, онъ нашелъ, что и этотъ яичникъ коллоидно перерожденъ;* з) тогда *онъ провелъ чрезъ широкую связку правой стороны двойную шелковую лигатуру* и, перетянувъ ее туго, *отсѣкъ весь правый яичникъ*; кровотеченія не было. Послѣ удаленія опухолей операторъ раздвинулъ губы раны, внимательно осмотрѣлъ поверхность кишечнаго канала и сальника, тщательно удалилъ коллоидную массу изъ полости живота влажными губками и, наконецъ, и) *зашилъ рану* частымъ шелковымъ швомъ. Никакого дренажа Сзорнтонъ не вставилъ, а ножку опухоли опустилъ въ полость таза.

Повязка состояла изъ слѣдующихъ частей: непосредственно на рану наложенъ былъ въ нѣсколько разъ сложенный компрессъ изъ Листеровской марли; по бокамъ раны живота—градуированные компрессы Листеровской марли; поверхъ всего этого—кусокъ краснаго мэкентоша, покрывавшаго животъ отъ мечевиднаго отростка грудины до лоннаго сращенія. Затѣмъ широкими полосками липкаго пластыря вся повязка была туго укрѣплена къ животу; поверхъ этого Бэйтоновскаго обвиванія наложены были слой гигроскопической карболовой ваты и фланелевый поясъ. Оперированную операторъ собственноручно перенесъ на постель, поставленную въ той же маленькой комнатѣ.

Изслѣдованіе кисты. По окончаніи операціи д-ръ Сзорнтонъ

предложилъ намъ спуститься въ 3-й этажъ, гдѣ имѣется комната для анатомическкго изслѣдованія свѣжихъ препаратовъ. Вся лѣвая киста была величиною въ тыкву и представлялась раздѣленною на нѣсколько отдѣльныхъ полостей, въ которыхъ находились наросты въ формѣ шиповъ; при разрѣзѣ они хрустѣли и представлялись плотными какъ хрящъ; въ глубинѣ опухоли сидѣла кость величиною въ os innominatum ilei, откуда исходили вышеупомянутые шипы, мѣстами покрытые темными волосами. Стѣнки кисты были истончены и внутренняя оболочка мѣстами надорвана; особенно широкихъ сосудовъ не было видно. Вся полость мѣшка заключала въ себѣ тягучую коллоидную массу.

Въ правомъ яичникѣ, кромѣ коллоидной жидкости, макроскопически ничего не найдено.

Слѣдовательно, мы имѣли предъ собою рѣзко выраженную дермоидную кисту.

При только-что описанной оваріотоміи, произведенной Сзорнтономъ, для меня осталось невыясненнымъ—*почему операторъ не сдѣлалъ предварительно прокола въ кисту, чтобы уменьшить объемъ опухоли раньше, чѣмъ онъ сталъ извлекать ее наружу?* До анатомическаго изслѣдованія опухоли, я думалъ, что операторъ не сдѣлалъ этого потому, что онъ предполагалъ встрѣтить въ полости кисты скопленіе крови; но на самомъ дѣлѣ этого не было.

Ovariotomia simplex.

Наблюденіе XXVI. **Ovariotomia simplex**, по Сзорнтону. На этотъ разъ операція производилась въ просторной комнатѣ, въ три окна; здѣсь воздуха, свѣта и простора было достаточно, не смотря на присутствіе 12 врачей, въ роли посѣтителей. Оперируемая была женщина 23-хъ лѣтъ, у которой опухоль въ животѣ подымалась вверхъ почти до мечевиднаго отростка грудины. Предварительныя мѣры обеззараживанія были соблюдены съ строжайшею послѣдовательностью.

Техника операціи. (4/VII, 1885). а) Операторъ *разрѣзалъ покровы живота по бѣлой линіи* на протяженіи 9—10 сант. и, обнаживъ переднюю стѣнку кисты, б) онъ *пробовалъ проколоть троакаромъ кисту* въ двухъ мѣстахъ, чтобы опорожнить ея содержимое; но жидкости не показывалось въ мѣстахъ уколовъ; тогда операторъ удлинилъ разрѣзъ стѣнки живота кверху до пупка; в) *ввелъ обѣ ладони, чтобы выкатить всю опухоль цѣликомъ;* но она оказалась сросшеюся во многихъ мѣстахъ съ сальникомъ. Тогда онъ набросилъ нѣсколько пинцетовъ на сращенія сальника и сталъ отдѣлять кисту сверху внизъ, пока не освободилъ ее совершенно; за-

тѣмъ г) *провелъ чрезъ ножку опухоли двойную шелковую лигатуру* и, затянувъ ее прочно, д) *отсѣкъ кисту*. Кровотеченія изъ культи не было. Теперь Сзорнтонъ покрылъ внутренности широкою влажною губкою, а вокругъ краевъ раны положилъ теплыя салфетки, смоченныя въ тепломъ растворѣ карболовой кислоты, и сталъ внимательно осматривать разрывы на сальникѣ, т. е., онъ вынулъ его изъ брюшной полости, расправилъ его на теплой салфеткѣ и перевязалъ каждое кровоточащее мѣсто тонкой струнною нитью; нѣкоторыя части сальника, представившіяся слишкомъ помятыми, Сзорнтонъ совсѣмъ удалилъ, наложивъ предварительно лигатуру повыше мѣста сѣченія. Затѣмъ онъ вправилъ сальникъ обратно въ брюшную полость и занялся такъ назыв. «туалетомъ» послѣдней, причемъ тщательно удалялъ изъ брюшной полости кровяные сгустки, представившіеся мѣстами въ формѣ желятинозной массы. Эту процедуру д-ръ Сзорнтонъ производитъ маленькими губками, вставленными въ длинный корнцангъ, помощью котораго онъ глубоко проникаетъ въ извилины таза и удаляетъ оттуда все инородное. Наконецъ е) онъ *приступилъ къ сшиванію раны живота*, причемъ наложилъ 10 стежковъ.

Повязку составляло: нѣсколько градуированныхъ лонгетовъ изъ Листеровской марли, кусокъ мэкентоша; Бэйтоновское обвиваніе живота широкими полосками липкаго пластыря, теплое полотенце, вчетверо сложенное, и поверхъ всего—фланелевый набрюшникъ.

Изслѣдованіе удаленной опухоли показало: многополостную кисту, величиною съ голову взрослаго человѣка, которая представляла собою мѣстами фиброзные, весьма плотные узлы, мѣстами-же полость была наполнена коллоидною массою; уколы троакаромъ, нанесенные при операціи, попадали на твердые узлы, почему уменьшить объемъ опухоли не удавалось. По макроскопическому виду разрѣзовъ опухоли Сзорнтонъ опредѣлилъ, что эта опухоль должна быть названа *cysto-fibro-sarcoma ovarii*.

И такъ, читатель видитъ — какъ безцеремонно д-ръ Сзорнтонъ обходится съ внутренностями: нерѣдко онъ вводитъ въ полость живота обѣ ладони и тамъ свободно перебираетъ всѣ петли кишечника; другой разъ, какъ въ данномъ случаѣ, онъ вытаскиваетъ внутренности наружу; вотъ почему ему необходимо оперировать при высокой температурѣ окружающаго воздуха. Д-ръ Бэнтокъ, напротивъ того, щадитъ, по мѣрѣ возможности, неприкосновенность брюшныхъ орга-

новъ и всѣ неизбѣжныя манипуляціи надъ кишечникомъ онъ производитъ весьма нѣжно и подъ брюшными покровами. Поэтому онъ часто позволяетъ себѣ оперировать при открытомъ окнѣ и, во всякомъ случаѣ, не видитъ надобности окружать больную во время операціи высокою атмосферою.

Но, кромѣ этихъ двухъ главныхъ операторовъ, въ Samaritan free hospital работаютъ еще другіе, менѣе опытные врачи, совершенствующіеся въ операціяхъ въ брюшной полости. На оваріотомію уже теперь смотрятъ какъ на операцію, нетребующую сложной техники, поэтому Сзорнтонъ иногда предоставляетъ оперировать своему ассистенту, д-ру Меридисзу. Ради полноты описанія дѣятельности Samaritan free hospital, я позволяю себѣ привести еще слѣдующій случай.

Ovariotomia, произведенная Меридисзомъ.

Наблюденіе XXVII. **Ovariotomia simplex.** Оперированная — 22-хъ лѣтняя женщина, страдавшая кистой лѣваго яичника. Операція производилась д-ромъ Меридисзомъ въ одной изъ просторныхъ палатъ описываемой больницы, въ присутствіи д-ровъ Бэнтока, Сзорнтона и многихъ иностранныхъ врачей; ассистировали при операціи молодой врачъ и двѣ сестры милосердія. Предварительныя приготовленія были строго антисептическія: карболовый ороситель, инструменты погружались въ карболовый растворъ, карболизованныя губки, Листеровскій перевязочный матеріалъ и т. п. а) Операторъ *провелъ разрѣзъ покрововъ* живота послойно, но весьма осторожно, недостаточно увѣренно; б) дойдя до брюшины, онъ разсѣкъ послѣднюю по желобоватому зонду и *обнажилъ переднюю стѣнку кисты;* в) *прокололъ кисту троакаромъ* Уэльса и выпустилъ большое количество прозрачной коллоидной жидкости, послѣ чего онъ г) *вытащилъ наружу весь опорожненный мѣшокъ* безпрепятственно и, набросивъ толстую лигатуру на ножку, *отсѣкъ кисту.* д) Наконецъ, очистивъ брюшную полость влажной губкой, онъ *зашилъ рану живота узловатымъ швомъ.*

Вообще этотъ случай оваріотоміи въ техническомъ отношеніи представлялся до того простымъ, что̀, не смотря на малую опытность оператора, вся операція продолжалась не болѣе получаса.

Одна изъ главныхъ заслугъ Бэнтока и Сзорнтона — это умѣніе съ точностью опредѣлить отношеніе развившейся опухоли къ окружающимъ внутренностямъ; благодаря обилію клиническаго матеріала Samaritan free hospital и долголѣтней практики по этой узкой спеціальности, названные два оваріотомиста пріобрѣли изумительную опытность

въ діагнозѣ этихъ новообразованій. — Приступая къ операціи, они заранѣе предсказываютъ, съ какими препятствіями или осложненіями они встрѣтятся въ томъ или другомъ случаѣ. Поэтому случаи, подобные описанному, они спокойно предоставляютъ оперировать молодымъ врачамъ, зная заранѣе, что малоопытный операторъ не встрѣтитъ особенныхъ затрудненій.

Для общей оцѣнки успѣховъ этой больницы, я приведу здѣсь таблицу операцій, произведенныхъ въ Samaritan free hospital въ теченіи 1884 г. Но предварительно необходимо выдѣлить неосложненные оперативные случаи отъ такихъ операцій, которыя по сущности болѣзни сопровождались какими нибудь нагноительными процессами; первыя операціи производились въ зданіи больницы, находящейся на Lower Seymour Street, а вторыя въ такъ называемомъ Dorset house.

Успѣхи Samaritan free hospital за 1884 г.

Таблица VII. Операціи, произведенныя въ Samaritan free hospital за 1884 г.[1]).

А. Неосложненные случаи.

Названіе операціи.	Общее число.	Изъ этого числа выздоров.	Изъ этого числа умерло.
Ovariotomia	69	61	8
dito incompleta	1	—	1
Punctio	8	8	—
Oophorectomia	6	6	—
Hysterectomia	14	12	2
dito incompleta	1	1	—
Nephrectomia	6	3	3
Nephrotomia	2	2	—
Operatio hydro-salpinx	1	1	—
dito hydatid. peritonei	1	1	—
dito Inversio uteri	1	1	—
dito hydatis hepatis.	1	—	1
Punctio hydatis hepatis	1	—	1
Exstirpatio fibroidi	2	2	—
Splenotomia.	2	1	1

[1]) Эти числа заимствованы мною изъ 37-го годоваго отчета «*Samaritan free hospital for the year 1884*. London 1885, стр. 17. Считаю необходимымъ не измѣнять номенклатуру операцій.

Gastrostomia	1	1	—
Exstirp. hydatidis omenti	1	1	—
dito cystis ligamenti uteri . . .	1	1	—
Operatio perinei	4	4	—
Laparotomia exploratoria	7	6	1
Прочія операціи	18	18	—
Summa . .	148	130	18

Б. *Осложненные случаи:*

Названіе болѣзни.	Общее число.	Изъ этого числа	
		выздоров.	умерло.
Восп. матки, яичниковъ и сосѣд. орг.	60	60	—
Flexio et versio uteri	28	28	—
Cancer	27	25	2
Vaginitis, Cystocele	3	3	—
Fistulae recto- et vesico-vaginales. .	7	7	—
Stenosis uteri	1	1	—
Incisio cervicis uteri	4	4	—
Dysmenorrhoea, Amenorrhoea. . .	7	7	—
Subinvolutio.	7	7	—
Menorrhagia et Metrorrhagia . . .	18	18	—
Fibroid. uteri operabilis	8	8	—
Fibroid. uteri inoperabilis. . . .	11	—	—
Operatio perinei	18	18	—
Polypus et Fissurae recti	5	5	—
Calculus vesicalis	1	1	—
Lipomata	2	2	—
Adenomata mammae	2	2	—
Прочія заболѣванія	40	38	2
Summa . .	249	234 [1])	4

При обзорѣ этой таблицы слѣдуетъ обратить вниманіе не столько на количество, сколько на качество оперативнаго матеріала. Такъ, напр., въ ряду неосложненныхъ случаевъ операціонный ножъ касался почти всѣхъ органовъ брюшной полости, какъ: печени, желудка, селезенки, почекъ, матки, яичниковъ, и при всемъ томъ процентъ смерт-

---

[1]) Недостающіе 11 случаевъ относятся къ неоперируемымъ фиброидамъ матки.

ности относительно не великъ: изъ 148 оперированныхъ умерло 18, что равняется 12%. Кромѣ того, необходимо еще замѣтить, что въ этомъ отдѣленіи имѣется всего 18—20 коекъ; стало быть, оперированныя весьма быстро выздоравливали, въ противномъ случаѣ трудно было бы такъ часто обновлять составъ косчныхъ больныхъ, какъ это имѣло мѣсто въ отдѣленіи на Lower Seymour Street. Составитель цитируемаго мною отчета Samaritan free hospital говоритъ: «что успѣшная ovariotomia, въ среднемъ выводѣ, занимаетъ койку три недѣли, «успѣшная nephrectomia—четыре—пять недѣль, а успѣшная hyster- «ectomia требуетъ до 6 и болѣе недѣль» [1]). Еще одинъ небезъинтересный фактъ: каждый подобный операціонный случай обходится больницѣ около 100 рублей.

Кто знакомъ съ дороговизною Лондонской жизни и тѣми удобствами, которыми окружаются больные вообще въ Лондонскихъ общественныхъ больницахъ, тотъ съумѣетъ оцѣнить преимущества такихъ учрежденій, какъ Samaritan free hospital, предъ большими городскими больницами.

Нѣкоторые общіе выводы.

Повторяю, что наибольшая доля блестящихъ успѣховъ этой спеціальной больницы падаетъ на принципъ безусловной чистоты. Здѣсь администрація не столько разсчитываетъ на силу обеззараживанія, сколько на мѣры, предупреждающія внесенія всякой нечистоты. Такъ, напр., между прочими правилами Samaritan free hospital сказано: «Больнымъ не позволяется приносить съ собою какіе бы ни было сундуки «или ящики для платьевъ; нижнее бѣлье, платки, гребенка, щетка, «мыло и т. п. вещи могутъ быть приносимы въ небольшомъ узлѣ».

Затѣмъ, вторую роль въ успѣхѣ столь сложныхъ операцій играетъ, по моему мнѣнію, усовершенствованная оперативная техника: чѣмъ опытнѣе операторъ, тѣмъ менѣе сильно реагируетъ травма, нанесенная руками оператора. Я знаю, что нѣкоторые современные клиницисты, придерживаясь особенно рьяно антисептической теоріи Листера, готовы отрицать всякое вліяніе травмы на исходъ операцій; для примѣра укажу на проф. Оберста [2]). Но наблюденія надъ операціею ovariotomia учатъ насъ какъ-разъ обратному выводу: въ рукахъ одного и того же оваріотомиста Спенсера Уэльса эта операція давала по-

---

[1]) l. c., стр. 6.

[2]) См. *Die Amputationen unter dem Einflusse der antiseptischen Behandlung* von Dr. M. Oberst. Halle. 1882. стр. 9 и слѣдующія.

степенно все лучшіе и лучшіе результаты по мѣрѣ того, какъ техника этой операціи все болѣе и болѣе совершенствовалась. Такъ, мы видимъ, что успѣхъ оваріотоміи у Спенсера возросталъ въ слѣдующей прогрессіи:

1	сотня	давала	34	смерт.	исхода.	
2	»	»	28	»	»	
3	»	»	23	»	»	
4	»	»	22	»	»	
5	»	»	20	»	»	
6	»	»	28	»	»	
7	»	»	24	»	»	
8	»	»	17	»	»	
9	»	»	11	»	»	
10	»	»	8,8	»	»	[1]

Выше я уже сказалъ, что С. Уэльсъ никогда не примѣнялъ Листеровскаго способа; стало быть, прогрессъ его успѣховъ мы должны прямо приписать усовершенствованію его оперативной техники. Такихъ же результатовъ достигли Лаусонъ Тэйтъ (Lawson Tait) и Гренвиль Бэнтокъ. Послѣдній, оперирующій безъ всякихъ антисептическихъ средствъ, недавно обнародовалъ [2]) свой *отчетъ о 82 оваріотоміяхъ подъ-рядъ съ 82 выздоровленіями;* операціи эти произведены имъ въ теченіи послѣднихъ 3 лѣтъ (1885—1888). Большинство случаевъ имѣло тяжелый характеръ (въ 47 были сращенія; въ 6—не было ножки; въ 1—пришлось удалить и матку; въ 1—была одновременно большая пупочная грыжа и т. п.). Уходъ за брюшиною состоялъ или въ очищеніи губками или въ вымываніи полости обыкновенною теплою водою. Въ теченіи того же трехлѣтія въ той же больницѣ Samaritan free hospital тремя другими хирургами было сдѣлано 116 оваріотомій, съ 104 выздоровленіями и 12 смертями, хотя послѣдніе операторы примѣняли Листеровскій способъ во всей его строгости.

Я далекъ отъ мысли умалять заслуги противугнилостнаго способа Листера, но думаю, что сила травмы, какъ неуловимо ни было-бы ея

---

[1]) *The results of 1000 cases of ovariotomy* by Spencer Wells from 1859 to 1880 («Med. Chirurg. Trans.» т. LXIV).

[2]) G. Bantock, *Notes on three years ovariotomy* (см. «British Medical Journal», 30/VI, 1888, стр. 1375).

вліяніе, все-таки отзывается на окончательныхъ результатахъ серьезныхъ операцій; поэтому дальнѣйшія усовершенствованія въ оперативной техникѣ всегда еще желательны.

Исходя изъ той точки зрѣнія, что научное значеніе современнаго хирурга выражается не столько его практическою дѣятельностью на операціонномъ полѣ, сколько трудами на литературномъ поприщѣ, я считаю полезнымъ для читателей привести здѣсь краткія указанія литературныхъ трудовъ трехъ главныхъ дѣятелей Samaritan free hospital.

I.—Уэльсъ-Спенсеръ (Sir) состоитъ членомъ (F. R. C. S.) «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи» съ 1844 г. Во время Крымской войны онъ состоялъ военнымъ хирургомъ въ англійскомъ отрядѣ и работалъ въ Смирнскомъ военномъ госпиталѣ. Впослѣдствіи онъ былъ профессоромъ хирургіи и патологіи въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Лондонѣ», занималъ должность хирурга съ 1858—1877 гг., а позднѣе—съ 1877 г.—должность консультанта въ Samaritan free hospital. За его ученыя заслуги по хирургіи брюшной области многіе иностранные университеты, какъ Лейденовскій, Харьковскій и Дублинскій подносили Спенсеру Уэльсу дипломы на званіе почетнаго доктора; равнымъ образомъ онъ избранъ въ почетные члены Парижскимъ Обществомъ Хирурговъ, Берлинскимъ Обществомъ Акушеровъ, Московскимъ Физико-Медицинскимъ Обществомъ и друг. подобными учрежденіями Европы. Наконецъ, въ 1883 г. Англійская Королева Викторія пожаловала Спенсеру Уэльсу званіе барона (Baronetcy) за «его просвѣщенныя услуги своей профессіи и страждущему человѣчеству» («in acknowledgment of his distiguished services rendered to his profession and to humanity»).

Литературные труды С.-Уэльса.

Изъ его литературныхъ трудовъ я могу указать на слѣдующіе:

1) *On the radical cure of reducible inguinal hernia.* [О радикальномъ леченіи вправимыхъ паховыхъ грыжъ [1])].

2) *Bronchotomy; Diseases of bone; Encephalocele.* [Бронхотомія; Болѣзни костей; Мозговыя грыжи [2])].

3) *Cure of vaginal fistulae.* [Леченіе свищей маточнаго рукава [3])].

4) *Diseases of the ovaries, their diagnosis and treatment.* (Болѣзни яичниковъ, ихъ распознаваніе и леченіе). Два изданія 1865 и 1872 гг.

---

[1]) Med. Chirurg. Trans. 1854.

[2]) Cooper's Surg. Diction. 1861.

[3]) St. Thomas's hosp. Reports 1870.

5) *Ovarian and Uterine tumours.* (Опухоли яичниковъ и матки). 1882.

6) *Diagnosis and surgical treatment of abdominal tumours.* (Распознаваніе и хирургическое леченіе опухолей брюшной полости). Также два изданія 1878 и 1885. Первое изданіе переведено на нѣмецкій языкъ Фердинандомъ Юнкеромъ и издано въ Лейпцигѣ.

7) *Note book for cases of abdominal tumours.* (Памятная книжка о случаяхъ брюшныхъ опухолей) 7-ое изданіе, 1886.

8) *On the revival of ovariotomy and its influence on modern surgery.* [О возрожденіи оваріотоміи и ея вліяніи на современную хирургію [1])].

9) *Successful removal of two solid circumrenal tumours.* [Объ успѣшномъ вырѣзываніи двухъ плотныхъ надпочечныхъ опухолей [2])].

Литературные труды Бэнтока.

II.—Бэнтокъ (George Granville) кончилъ курсъ медицинскихъ наукъ въ 1861 г. въ Эдинбургскомъ университетѣ; съ 1876 года состоитъ членомъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» въ Эдинбургѣ (F. R. C. S.). Много лѣтъ онъ состоялъ ассистентомъ у Уэльса, а затѣмъ послѣдній передалъ ему должность хирурга въ Samaritan free hospital. Литературные труды Бэнтока касаются преимущественно гинекологическихъ вопросовъ, какъ-то:

1) *The pathology of certain (so-called) unilocular cysts of the ovary.* (Патологія нѣкоторыхъ, такъ назыв., одномѣстныхъ кистъ яичника [3])].

2) *Treatment of ruptured perineum.* (Леченіе разрывовъ промежности) 1878.

3) *First series of 25 cases of completed ovariotomy.* [Первая серія 25-ти полныхъ оваріотомій [4])].

4) *Second, third an fourth series.* [Вторая, третья и четвертая серія [5])].

5) *On hyperpyrexia after «Listerian» ovariotomy.* [О высокой лихорадкѣ послѣ «Листеровской» оваріотоміи [6])].

---

1) Brit. med. Journal 15/xi 1884.
2) Brit. med. Journal 19/iv 1884.
3) Transaction Obst. Soc. 1873.
4) Brit. Med. Journal 1878.
5) Brit. Med. Journal 1880.
6) Trans. Roy. Med. Chir. Soc. 1881.

6) *A plea for early ovariotomy.* (Защита въ пользу ранней оваріотоміи) 2-е изданіе 1884.

7) *On hysterectomy.* [Объ удаленіи матки [1])].

8) *One hundred consecutive cases of abdominal section.* [Сто послѣдовательныхъ случаевъ чревосѣченій [2])].

9) *Note on three years' ovariotomy work in the Samaritan free hospital; eighty-two cases without a death.* [Замѣтка о трехлѣтней работѣ надъ оваріотоміею въ Samaritan free hospital; восемьдесятъ два случая безъ смертельнаго исхода [3])].

III.—Сзорнтонъ, Джонъ Ноуслей имѣетъ только званіе доктора (С. М.) Эдинбургскаго университета, гдѣ онъ окончилъ курсъ въ 1871. Въ Samaritan free hospital онъ состоитъ въ должности хирурга на одинаковыхъ правахъ съ Бэнтокомъ. Его литературные труды относятся исключительно къ операціямъ въ брюшной полости. Литературные труды Сзорнтона.

1) *Twenty five cases of ovariotomy with remarks on the causes and treatment of the fever so frequently following the operation.* (25 случаевъ оваріотомій съ указаніемъ причинъ и способа леченія лихорадки, такъ часто сопровождающей эту операцію).

2) *One hundred and seventy-two antiseptic abdominal sections with remarks on the causes of death in the fatal cases.* [Сто семдесятъ два случая антисептическихъ чревосѣченій съ объясненіемъ причинъ смерти въ летальныхъ исходахъ [4])].

3) *Fifty additional cases of ovariotomy with brief notes of six other cases of abdominal section.* [50 добавочныхъ случаевъ оваріотомій съ краткими замѣчаніями о шести другихъ случаяхъ чревосѣченія [5])].

4) *Nephrotomy and Nephrectomy.* [О разрѣзываніи и вырѣзываніи почки [6])].

5) *Three successful cases of Nephrectomy with remarks on the operations.* [Три успѣшныхъ случая вырѣзыванія почки съ замѣчаніями относительно оперативной техники [7])].

---

[1]) Brit. Med. Journal 1882.

[2]) «Lancet» 12 и 19/ш, 1887.

[3]) Brit. Med. Journal 30/vi 1888.

[4]) Объ работы напечатаны въ сборникѣ Trans. Med. Chir. Society, т. XXV, XXVI.

[5]) Brit. Med. Journal 1878.

[6]) Med. Times and Gazette 1882.

[7]) «Lancet» 1883.

6) *Uterine fibroids and fibro-cystic tumours: hysterectomy.* [Фиброидъ матки и фиброидная киста; удаленіе матки [1])].

7) *Two successful cases of cholecystotomy.* [Два успѣшныхъ случая холецистотоміи [2])]. Авторъ описываетъ два случая удаленія желчныхъ камней у 45 и 56-лѣтнихъ женщинъ. У первой нельзя было пришить краевъ раны желчнаго пузыря къ брюшной стѣнкѣ вслѣдствіе сращенія перваго съ кишечникомъ и сальникомъ, поэтому Сзорнтонъ наложилъ швовъ на рану желчнаго пузыря и оставилъ его въ брюшной полости; но, опасаясь кровотеченія, онъ счелъ нужнымъ дренажировать всю брюшную полость: одну трубку онъ провелъ подъ печень, другую надъ symphysis pubis; на 6-й день трубки были удалены. У второй оперированной стѣнки пузыря были пришиты къ брюшной стѣнкѣ. Обѣ женщины выписались изъ больницы къ концу 6-й недѣли.

Заключенія. Хотя врачебная дѣятельность трехъ названныхъ авторовъ относится болѣе къ гинекологіи, нежели къ хирургіи вообще, но наблюденія, вынесенныя изъ ихъ оперативной практики, одинаково поучительны какъ для гинеколога, такъ и хирурга вообще. Правда, въ Германіи и отчасти у насъ въ Россіи операція оваріотоміи всецѣло перешла въ руки гинекологовъ; но современные оваріотомисты, какъ Бэнтокъ и Сзорнтонъ, постепенно распространяютъ свою оперативную дѣятельносто и на другіе органы брюшной полости, какъ почки, селезенку, желудокъ, желчный пузырь и т. п. органы, патологія и терапія которыхъ развиваются по одинаковымъ законамъ, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ; слѣдовательно, операціи *nephrectomia, splenotomia, gastrostomia, cholecystotomia* и т. п., не могутъ быть исключены изъ хирургіи вообще.— Кромѣ того, оперативная гинекологія всегда будетъ имѣть нѣчто общее съ оперативною хирургіею; поэтому, на сколько способъ леченія травматической раны можетъ интересовать гинеколога, на столько же этотъ вопросъ долженъ интересовать и хирурга.—Вотъ, въ общихъ чертахъ, тѣ мотивы, которые побудили меня, какъ хирурга, познакомить читателей съ современнымъ состояніемъ хирургіи брюшной области. Но считаю нужнымъ просить снисхожденія у спеціалиста по гинекологіи за тѣ пробѣлы въ своихъ описаніяхъ, которые легко могли ускользнуть отъ глазъ не-гинеколога. Во всякомъ случаѣ я замѣчу, что первый оваріотомистъ нашего времени, Спенсеръ

---

[1]) Obstr. Transact. of London, т. XXVI, 1884.

[2]) British Med. Journal 26/xi 1887.

Уэльсъ, вышелъ изъ среды хирурговъ и его первые ученые труды касаются вопросовъ общей хирургіи, какъ это видно по представленному мною выше перечню его трудовъ.

Въ заключеніе описанія дѣятельности Samaritan free hospital, какъ спеціальной больницы для операцій въ брюшной полости, я долженъ сказать, что особенныя благопріятныя условія этого учрежденія дали возможность выработать такіе практическіе пріемы при уходѣ за оперированными, что оба принципа безгнилостной хирургіи— *асептическій* и *антисептическій* — даютъ одинаково блестящіе успѣхи; хотя вопросъ—*которому изъ двухъ названныхъ принциповъ слѣдуетъ дать предпочтеніе*—еще не рѣшенъ, но для меня лично остается внѣ всякаго сомнѣнія тотъ фактъ, что ни въ одной изъ клиникъ или больницъ, въ которыхъ Листеровскій способъ проводится не такъ строго, какъ въ Samaritan free hospital, операціи никогда не протекаютъ такъ успѣшно, какъ у Бэнтока, непримѣняющаго никакихъ химическихъ агентовъ, какъ противугнилостное средство, при леченіи свѣжихъ травматическихъ ранъ.

Литературные источники:

1) *Thirty eight Annual Report of the Samaritan free hospital.* London 1885.

2) Granville Bantock. *One hundred cases of abdominal section* (см. «Lancet» 12 и 19/III, 1887).

3) G. Bantock.—*Notes on three years ovariotomy work in the Samaritan free hospital. Eighty two cases without a death* (см. British Med. Journal 1888, 30/VI, стр. 1375).

4) Spencer Wells. *The results of 1000 cases of ovariotomy from 1859 to 1880* (см. «Med. Chirurg. Transact.», т. LXIV).

5) K. Thornton. *Two successful cases of cholecystotomy* (см. «British Med. Journal» 1887, 26/XI).

6) Oberst. *Die Amputationen unter dem Einflusse der antiseptischen Behandlung*, Halle 1882.

7) Боряковскаго и Рейпа, *Отчетъ о 16 міомотоміяхъ* (см. «Врачъ», № 37, 1888).

8) *Medical Directory for 1887.* London 1887.

ГЛАВА VII.

St. Bartholomew's hospital and medical College. Краткія историческія свѣдѣнія объ этой первой медицинской школѣ въ Англіи.—Общія статистическія свѣдѣнія о дѣятельности этого госпиталя.—Топографическое расположеніе и планъ больничныхъ зданій.—Обширность программы преподаванія медицинскихъ наукъ въ этомъ колледжѣ.—Публичное совѣщаніе госпитальныхъ хирурговъ (Surgical consultation). Клиническій разборъ случаевъ: *Aneurysma arteriae subclaviae*; *Tumor in fossa poplitea*; *Osteosarcoma capituli humeri*; *Osteosarcoma pelvis*; *Neoplasma femoris*. — Оперативная дѣятельность госпиталя.—Статистика анэстезій. — Наркотизація закисью азота помощью аппарата Пидлея.—*Extractio polypi nasi*, по Марранъ-Бэкеру.—*Raphia fistulae vesico-vaginalis*, по Томасу Смитсу.—Отчетность St. Bartholomew's hospital.—Таблица оперированныхъ въ 1883 г.—Высокая смертность операціи tracheotomiae.—Частота операціи—*ligatura vasorum in continuitate*.—Общее число операцій въ St. Bartholomew's hospital въ сравненіи съ годовымъ числомъ операцій въ русскихъ хирургическихъ клиникахъ. — Научное значеніе статистики ампутацій конечностей.—Статистика 567 ампутацій, произведенныхъ въ St. Barthlomew's hospital въ теченіи 10 лѣтъ антисептическаго періода хирургіи.—Темныя стороны этого госпиталя.—Таблица случаевъ рожи, піэміи и тому подобныхъ заболѣваній.—Біографическія и библіографическія указанія о нѣкоторыхъ представителяхъ этой школы.—*«О несчастіяхъ въ хирургіи»*—лекція Джемса Пэджета.—Перечень литературныхъ трудовъ Морранъ Бэкера и Томаса Смитса.—Литературные источники.

Краткія историческія свѣдѣнія объ этой первой медицинской школѣ въ Англіи.

Одну изъ древнѣйшихъ больницъ Англіи составляетъ St. Bartholomew's hospital, основанный еще въ 1123 г. въ центральной части Лондона. Съ самаго начала своего существованія это учрежденіе носило характеръ больницы, а не богадѣльни, какъ это представляли другія подобныя учрежденія того времени; поэтому St. Bartholomew's hospital пользовался особенными привиллегіями, данными ему королемъ Эдуардомъ III.

Первая медицинская книга, вышедшая въ формѣ «Сборника клини-

ческихъ наблюденій изъ St. Bartholomew's hospital», — была издана врачемъ Джономъ Мирфельдомъ (John Mirfeld) во второй половинѣ XIV вѣка. Съ тѣхъ поръ это учрежденіе стало разсадникомъ врачебныхъ познаній. Уже въ XVI столѣтіи лейбъ-хирургъ короля Генриха VIII, Томасъ Викэри (Thomas Vicary), состоявшій врачемъ при St. Bartholomew's hospital, напечаталъ книгу подъ названіемъ «The Englishman's treasure» (Сокровище англичанина), которая считается первымъ руководствомъ по анатоміи, напечатанномъ на англійскомъ языкѣ.

St. Bartholomew's hospital выпустилъ въ свѣтъ нѣсколько ученыхъ врачей, слава которыхъ не меркнетъ и по-нынѣ; такъ, напр., отсюда вышелъ знаменитый Гарвей (Harvey), открывшій кровообращеніе; въ 1609 году онъ состоялъ терапевтомъ этой больницы; далѣе, здѣсь воспитывался Джонъ Гёнтеръ (John Hunter), который былъ ученикомъ знаменитаго хирурга Персиваля Потта (Percival Pott), читавшаго курсъ хирургической анатоміи въ медицинской школѣ при St. Bartholomew's hospital еще въ 1765 г.

Наконецъ, изъ новѣйшихъ воспитанниковъ и дѣятелей этого врачебно-образовательнаго учрежденія я могу указать на знаменитаго хирурга Джемса Пэджета (James Paget), который въ 1843 году былъ избранъ ректоромъ медицинскаго колледжа.

Такимъ образомъ этотъ больничный пріютъ исподоволь принялъ характеръ врачебно-образовательнаго учрежденія. Въ настоящее время онъ не только пользуется особеннымъ довѣріемъ со стороны страждущаго люда Лондона, но служитъ особеннымъ притягательнымъ центромъ для молодежи, посвящающей себя изученію медицинскихъ наукъ. Изъ года въ годъ администрація больницы вынуждена увеличивать число больничныхъ коекъ, а вмѣстѣ съ расширеніемъ клиническаго преподаванія, она не перестаетъ улучшать и учебно-вспомогательныя учрежденія: анатомическія залы, химическія и физіологическія лабораторіи, кабинеты, музеи и т. п.

Общія статистическія свѣдѣнія о дѣятельности этого госпиталя.

Въ 1883 году St. Bartholomew's hospital имѣлъ до 7,397 коечныхъ и свыше 161,000 приходящихъ больныхъ, кромѣ 1,200 больныхъ женщинъ, которымъ врачебный персоналъ госпиталя подавалъ помощь на дому. — Этотъ госпиталь — второй въ Лондонѣ по величинѣ — располагаетъ всего 750 койками, которыя распредѣлены по слѣдующимъ отдѣленіямъ:

а) хирургическое на . . . . 353 койки;
б) терапевтическое на . . . . 227 »
в) сифилитическое на . . . . 50 »
г) офтальмологическое на . . . 25 »
д) гинекологическое на . . . 20 »
е) отдѣленіе для выздоров. . . 75 »

Особеннаго дѣтскаго отдѣленія нѣтъ; дѣти помѣщаются въ палатахъ вмѣстѣ со взрослыми; при распредѣленіи ихъ по формѣ болѣзни принимается во вниманіе и возрастъ ребенка: малыши до 5 лѣтъ зачисляются въ женскія палаты; старшія же дѣти назначаются уже по полу.

По отчету [1]) 1883 г. описываемаго госпиталя видно, что на 7,397 коечныхъ больныхъ приходилось 4,240 хирургическихъ случаевъ, изъ которыхъ умерло 230; слѣдовательно, смертность хирургическаго отдѣленія = 5,6%. Среднее пребываніе хирургическаго больнаго въ госпиталѣ = 28,9 дня.

Всѣхъ смертныхъ случаевъ было 636; изъ этого числа 478 труповъ были употреблены для вскрытія и анатомическихъ потребностей школы. Такимъ богатымъ анатомическимъ матеріаломъ не располагаетъ, я полагаю, ни одинъ изъ нашихъ медицинскихъ факультетовъ.

Топографическое расположеніе и планъ больничныхъ зданій.

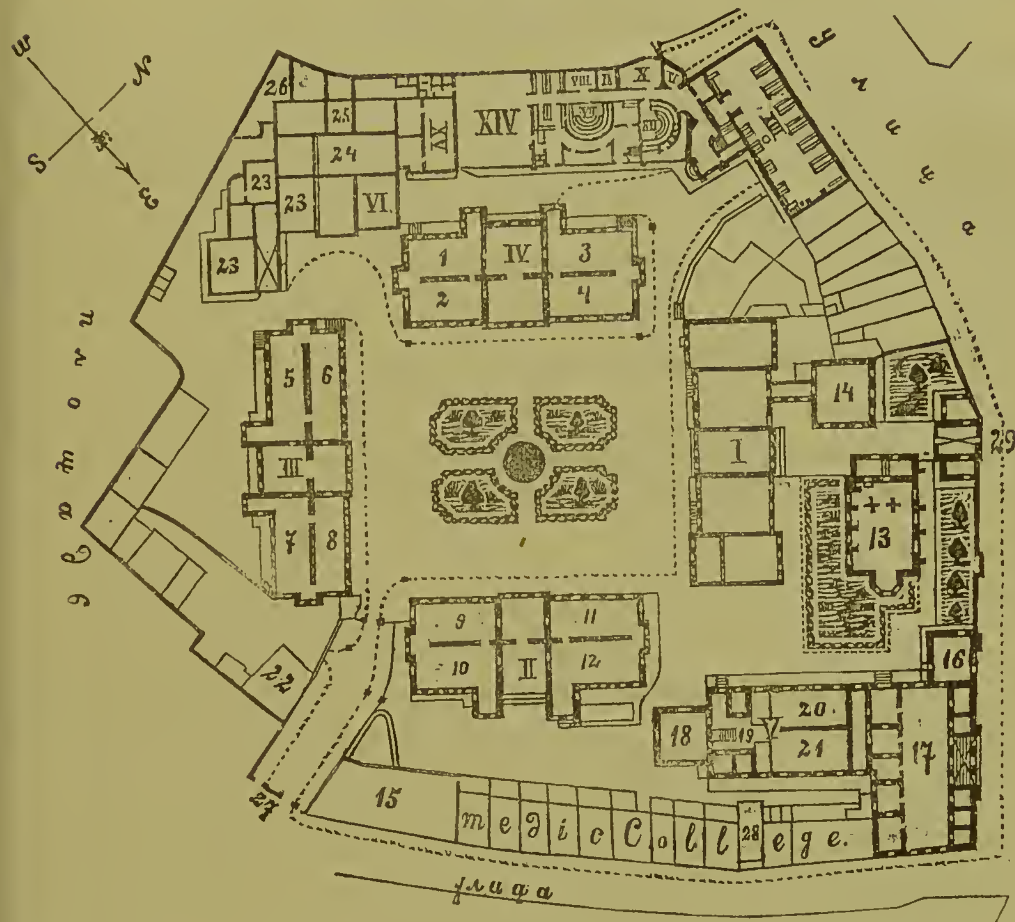
Зданія описываемаго госпиталя составляютъ цѣлый городокъ, выходящій на нѣсколько улицъ центральной части Лондона (City). Главныя ворота больницы выходятъ на базарную площадь (Market long lane), которая по утрамъ вся загромождена возами прессованнаго сѣна. Госпиталь состоитъ, какъ это видно по прилагаемому при семъ плану (рис. 36), изъ отдѣльныхъ павильоновъ, не связанныхъ между собою коридорами. Эти павильоны расположены четырехугольникомъ вокругъ сада, въ центрѣ котораго находится большой фонтанъ. Каждый павильонъ (block) состоитъ изъ четырехэтажнаго каменнаго зданія, имѣющаго въ длину 15, а въ ширину 4 окна, и пересѣченъ на двѣ продольныя половины, составляющія двѣ палаты; между ними имѣются еще помѣщенія для четырехъ сидѣлокъ, двухъ сестеръ милосердія, ван-

---

[1]) *Statistical tables of St. Bartholomew's hospital during 1883*, by the medical registrar Samuel West. M. B. and the surgical registrars I. Macready. F. R. C. S. and Frederic Eve F. R. C. S. London 1884. Замѣчу, что хирургическій отдѣлъ этого отчета составленъ строго научно и весьма толково; къ сожалѣнію, это послѣдній отчетъ, который мнѣ удалось получить въ Лондонѣ въ 1885 г.

ныя, уборныя комнаты и другія приспособленія. Въ каждой палатѣ окна снабжены въ верхней части откидными форточками; двери вверху

Рис. 36.



Планъ зданія St. Bartholomew's hospital and Medical College въ Лондонѣ.
I—павильонъ для администраціи; II, III и IV—павильоны терапевтическаго отдѣленія; V—хирургическое отдѣленіе (въ три этажа); VI—клиническія лабораторіи; VII—анатом. аудиторія; VIII—прозекторская; IX—демонстраторская; X—сборная зала; XI—читальня; XII—терапевтическая аудиторія; XIII—библіотека; XIV—анатом. секціонный залъ. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12—терапевтическія палаты; 13—церковь; 14—судебно-медиц. отдѣленіе; 15—квартиры для прислуги; 16—квартира ординатора-хирурга; 17, 20, 21—хирургическія палаты; 18—операціонный залъ; 19—совѣщательный залъ; 22—квартира старшей сестры; 23—залы для приходящихъ больныхъ; 24 аптека; 25—фармацевтическая лабораторія; 26—покойницкая; 27—главный входъ; 28—входъ въ колледжъ; 29—входъ въ канцелярію госпиталя.

также створчаты, а въ срединѣ залы имѣется нѣсколько каминовъ; койки размѣщены просторно; провѣтриваніе воздуха въ палатахъ поддерживается, главнымъ образомъ, открытыми окнами и дверями.

Сѣверный павильонъ (I, рис. 36) занятъ администраціей госпиталя. Подъ хирургическое отдѣленіе, кромѣ одного павильона, еще отведенъ восточный флигель (V), въ которомъ расположены слѣдующія помѣще-

нія: квартира ординатора (16), большая палата (17) въ 20 коекъ; пять малыхъ комнатъ для изолированныхъ больныхъ; вторая большая палата (20 и 21); совѣщательная зала (19) и операціонный залъ (18), освѣщенный съ трехъ сторонъ.

Въ томъ же зданіи госпиталя расположены всѣ учебно-образовательныя учрежденія медицинской школы, изъ которыхъ особенно удобно устроенъ анатомическій секціонный залъ (XIV), вновь воздвигнутый въ 1879 г.; по сторонамъ его находятся амфитеатръ-аудиторія (VII) и химическая лабораторія (XV). Общее расположеніе этихъ учрежденій легко обозрѣть на приложенномъ планѣ (см. рис. 36). Кромѣ того, при самой больницѣ имѣются квартиры для студентовъ (см. на планѣ Med. College), расположенныя въ видѣ отдѣльныхъ нумеровъ (a, b, c...). Въ пансіонеры колледжа допускаются только тѣ студенты, которые могутъ представить рекомендацію отъ одного изъ врачей, служащихъ въ Bartholomew's hospital; за весьма удобное помѣщеніе взимается со студента 21 рубль (2 гинеи) въ треть года. Равнымъ образомъ для студентовъ имѣется особенная столовая въ самомъ зданіи больницы.

При посѣщеніи St. Bartholomew's hospital нетрудно замѣтить печать большаго скопленія больныхъ въ одномъ зданіи: повсюду воздухъ въ палатахъ имѣетъ специфическій больничный запахъ, sui generis; въ хирургическихъ палатахъ нерѣдко можно видѣть (рядомъ со свѣжеоперированными) больныхъ съ гноящимися язвами и даже съ рожистымъ или флегмонознымъ воспаленіемъ; каждый больной, разсматриваемый въ отдѣльности, недостаточно изолированъ, не имѣетъ того семейнаго ухода, который мы видѣли въ другихъ лондонскихъ больницахъ, какъ King's College hospital и друг.

Вообще говоря, St. Bartholomew's hospital, по своей внутренней жизни, напоминаетъ собою наши большія городскія больницы, какъ Обуховская (въ Петербургѣ) или Младенца Іисуса (въ Варшавѣ); но разница между первымъ и послѣдними та, что весь богатый клиническій матеріалъ St. Bartholomew's hospital предоставленъ въ распоряженіе медицинской школы, которая въ лицѣ весьма свѣдущихъ врачей-клиницистовъ утилизируетъ этотъ матеріалъ при обученіи нѣсколькихъ сотъ молодыхъ людей самымъ основнымъ познаніямъ врачебнаго искусства.

Обширность программы преподаванія медицин-

Преподаваніе медицинскихъ наукъ ведется здѣсь по весьма обширной программѣ; я хочу этимъ сказать, что въ St. Bartholomew's hospital почти всѣ отрасли медицинскихъ наукъ имѣютъ своихъ представи-

телей; такъ, напр., укажемъ на особенную каѳедру оперативной гинекологіи, занимаемую проф. Виллетомъ (Willet); каѳедру ушныхъ болѣзней занимаетъ д-ръ Комбербэтшъ (Cumberbatch); каѳедру ортопедіи—д-ръ Уэлшэмъ (Walsham); каѳедру гортанныхъ болѣзней—д-ръ Бётлинъ (Butlin); каѳедру зубныхъ болѣзней—д-ръ Шоу (Claye Shaw) и т. п. скихъ наукъ въ этомъ колледжѣ.

Что же касается хирургіи въ частности, то она имѣетъ здѣсь во главѣ знаменитаго ветерана Джемса Пэджета и Гольдена (Holden) въ роли консультантовъ, далѣе, пять клиницистовъ: Саворея (Savory), Томаса Смитса (Thomas Smith), Виллетта (Willett), Лэнгтона (Langton) и Моррана Бэкера (Morran Baker) и такое же число ассистентовъ-хирурговъ, которые, какъ я выше указалъ (см. глава I), играютъ роль адъюнктъ-профессоровъ.

Къ сожалѣнію, я сталъ посѣщать St. Bartholomew's hospital въ послѣднихъ числахъ іюля, когда нѣкоторые изъ преподавателей уже заканчивали лѣтній семестръ, и потому я успѣлъ только познакомиться съ дѣятельностью нѣкоторыхъ клиницистовъ. — Прежде, чѣмъ представить свои наблюденія изъ хирургическихъ клиникъ этой школы, я намѣренъ познакомить своихъ читателей съ однимъ изъ медицинскихъ совѣщаній госпитальныхъ врачей, которыя происходятъ здѣсь еженедѣльно по четвергамъ, отъ 1—3 ч. по полудни и при свободномъ доступѣ врачей вообще. Эти засѣданія, по моему мнѣнію, весьма поучительны для врачей и полезны для больныхъ тѣмъ, что, при обсужденіи вопросовъ относительно діагноза или терапіи того или другаго больнаго, допускаются пренія со стороны врачей, непричастныхъ этому госпиталю. Въ иныхъ случаяхъ на такое медицинское совѣщаніе приглашаются консультанты другихъ больницъ Лондона и ихъ голосъ имѣетъ такое же рѣшающее значеніе, какъ и голоса врачей, служащихъ въ St. Bartholomew's hospital.

Публичное совѣщаніе госпитальныхъ хирурговъ (Surgical Consultation), 23/VII, 1885. Въ операціонный залъ собрались профессора: Эндрю (Andrew)—терапевтъ, Саворей, Томасъ Смитсъ, Вилеттъ, Лэнгтонъ, Морранъ Бэкеръ—хирурги; далѣе, всѣ ассистенты, ординаторы (house-surgeons), въ присутствіи переполненной аудиторіи студентовъ, для совмѣстнаго разбора нѣкоторыхъ клиническихъ случаевъ. Совѣщаніе госпитальныхъ хирурговъ.

Сначала ввели въ аудиторію больнаго изъ терапевтическаго отдѣленія проф. Эндрю; послѣдній вкратцѣ передалъ анамнезъ больнаго,

послѣ чего каждый изъ присутствующихъ врачей госпиталя поочередно изслѣдовалъ больнаго и когда этотъ многосторонній экзаменъ окончился, больнаго вывели изъ залы и участники приступили къ совмѣстному обсужденію даннаго случая.

Aneurysma arteriae subclaviae.

Случай 1-й. **Aneurysma art. subclaviae.** Больной среднихъ лѣтъ, хорошаго сложенія и питанія. Въ области его праваго грудино-ключичнаго сочлененія замѣчалась небольшая опухоль, величиною въ волошскій орѣхъ; покровы на ней нормальны, опухоль неподвижна, крайне болѣзненна; при пальпаціи ощущается «мурлыканье». Внутренняя треть правой ключицы рѣзко выступаетъ впередъ. Изъ анамнеза извѣстно, что опухоль, безъ всякой травматической причины, стала развиваться 8 мѣсяцевъ тому назадъ, а въ послѣднее время она причиняетъ больному страданія, заставляющія его искать помощи, такъ какъ онъ вовсе неспособенъ къ труду.

Пренія: Проф. Саворей, указавъ на клиническія явленія, какъ-то: неподвижность опухоли, постепенный ростъ ея, характерный шумъ, ясно ощущаемое «мурлыканье», ослабленіе пульса въ правой плечевой артеріи—пришелъ къ заключенію, что въ данномъ случаѣ онъ имѣетъ предъ собою *aneurysma arteriae subclaviae dextrae*, развившуюся кнутри отъ лѣстничныхъ мышицъ (m. m. scaleni). Единственная помощь, которая могла бы быть предложена больному, по мнѣнію Саворея, это—ligatura trunci anonymi; но операція эта представитъ собою такія техническія затрудненія, что каждый хирургъ долженъ сдѣлать предсказаніе весьма сомнительное.

Трудно мнѣ теперь передать читателю всѣ подробности клиническаго разбора этого весьма интереснаго случая; но дифференціальная діагностика, сдѣланная проф. Савореемъ, была до того убѣдительна, что всѣ присутствующіе хирурги единогласно согласились съ мнѣніемъ докладчика. Замѣчу еще, что въ преніяхъ принимали участіе и молодые врачи, потребовавшіе болѣе подробныхъ указаній относительно опредѣленія болѣзни; но почтенный проф. Саворей весьма толково давалъ краткіе и убѣдительные отвѣты на крайне теоретическіе вопросы своихъ оппонентовъ.

Опредѣлили: Принять опухоль за аневризму правой подключичной артеріи и лечить больнаго выжидательно, т. е., назначить внутрь большія дозы іодистаго калія, а снаружи примѣнять давленіе пальцемъ.

Tumor in fossa poplitea.

Случай 2-й. **Tumor in fossa poplitea.** Проф. Саворей представилъ собранію больнаго изъ своего отдѣленія для точнаго опредѣленія

характера болѣзни. У молодаго человѣка въ области верхней части подколѣнной впадины праваго бедра находится опухоль соотвѣтственно прохожденію m. semimembranosi; опухоль эта безболѣзненна, покровы на ней нормальны; она не зыблетъ, а при сгибаніи голени она рѣзко очерчивается и принимаетъ овальную форму величиною въ лимонъ.—Развитіе опухоли шло медленно. Повторные пробные проколы Правацовскимъ шприцемъ не давали никакой жидкости. На основаніи этого Саворей высказался, что онъ имѣетъ дѣло съ жировикомъ (lipoma), развившимся въ глубинѣ подколѣнной ямки.

Пренія: проф. Томасъ Смитсъ опровергъ этотъ діагнозъ на основаніи анатомическаго положенія опухоли: жировики подколѣнной ямки, обыкновенно помѣщаются болѣе поверхностно и въ срединѣ ямки, между сухожильями мышцъ bicipitis, съ одной стороны, и semimembranosi и semitendinosi, съ другой; далѣе, жировикъ при сгибаніи голени не выступалъ бы такъ рѣзко, какъ это наблюдается при данной опухоли. И потому онъ думаетъ, что этотъ случай представляетъ скорѣе осумкованную, хроническую *tendovaginitis m. semimembranosi*.

Д-ръ Крипсъ (Cripps), ассистентъ по хирургіи, не согласился съ мнѣніями своихъ предшественниковъ и высказался за *кисту*, сидящую весьма глубоко въ подколѣнной ямкѣ, поэтому пробаторные проколы Правацовскимъ шприцемъ и давали отрицательные результаты.

Кромѣ того, принимали участіе въ обсужденіи этого случая и многія другія лица (фамиліи которыхъ мнѣ неизвѣстны), высказывавшія совершенно противуположныя, не всегда строго логичныя соображенія; но пренія эти велись весьма деликатно и строго научно.

Опредѣлили: Случай этотъ трудно поддается точному діагнозу безъ анатомическаго (секціоннаго) обозрѣнія ab oculo данной опухоли; но такъ какъ новообразованіе это во всякомъ случаѣ подлежитъ операціи, то предложить больному—подвергнуться оперативной помощи, и тогда на операціонномъ столѣ рѣшится вопросъ: вылущить ли все новообразованіе, если это будетъ жировикъ или мѣшечатая опухоль, или довольствоваться вскрытіемъ мѣшка, если это—tendovaginitis.

Я позабылъ упомянуть, что послѣ подробнаго изслѣдованія больнаго, послѣдній удаляется изъ операціоннаго зала, такъ что совѣщательныя пренія ведутся въ отсутствіи больнаго.

Случай 3-й. Osteosarcoma capituli humeri. Изъ отдѣленія проф. Томаса Смитса вошелъ молодой человѣкъ 24-хъ лѣтъ, у котораго $^1/_2$ года тому назадъ показалась опухоль въ области праваго надплечья

Osteosarcoma capituli humeri.

или in regione deltoidea. Въ настоящее время новообразованіе достигло величины небольшой дыни, обнимаетъ всю дельтовидную область и имѣетъ шарообразную форму; сквозь покровы просвѣчиваетъ множество расширенныхъ сосудовъ. Опухоль неподвижна, тверда и мало болѣзнена. Движеніе плечемъ производится свободно; однакоже, контуры плечеваго сустава сглажены.—На основаніи этихъ данныхъ проф. Смитсъ высказался, что имѣетъ предъ собою случай osteosarcoma, исходящей изъ плечевой головки, но захватившей отчасти и лопатку, поэтому онъ даетъ мало надежды на успѣхъ всякой хирургической помощи.

Пренія: Д-ръ Крипсъ согласился съ діагнозомъ—osteosarcoma, но не соглашается съ мнѣніемъ проф. Т. Смитса относительно распространенности новообразованія и предсказанія. Онъ предполагаетъ, что опухоль исходитъ изъ накостницы плечевой кости и пока ограничивается еще послѣднею, поэтому остается больному предложить exarticulationem humeri—операцію, правда, въ данномъ случаѣ весьма трудную, но, тѣмъ не менѣе, возможную и съ пользою для больнаго.

Послѣ того другіе хирурги разбирали техническую сторону операціи и указывали на трудности, могущія встрѣтиться въ данномъ случаѣ при вылущеніи плеча, въ особенности со стороны обильнаго кровотеченія.

Опредѣлили. Діагнозъ—*osteosarcoma humeri;* терапія—exarticulatio extremitatis super.

Проф. Т. Смитсъ заключилъ: «принимая во вниманіе мнѣнія большинства моихъ сотоварищей, я считаю нужнымъ заявить, что соглашаюсь предпринять предложенную совѣщаніемъ терапію и назначаю ближайшую субботу днемъ операціи.

Osteosarcoma pelvis.

Случай 4-й. **Osteosarcoma pelvis.** Проф. Виллетъ — операторъ гинекологическаго отдѣленія — представилъ женщину 56 лѣтъ, крайне истощенную. У нея, въ области правой подвздошной впадины, прощупывалась сквозь тонкіе покровы живота плотная, неподатливая опухоль съ неясными контурами и малоболѣзненная. Опухоль эта уже два года растетъ медленно, но постоянно; въ настоящее время продолжительные и упорные запоры побуждаютъ больную искать помощи. Внутреннее изслѣдованіе и клиническія наблюденія въ теченіи нѣкотораго времени даютъ возможность исключить кисту яичника или фибріоміомы матки. Проф. Виллетъ, послѣ чрезвычайно длинной и весьма утомительной рѣчи, пришелъ къ заключенію, что онъ имѣетъ дѣло съ *сар-*

коматозною опухолью, исходящею изъ synchondrosis sacro-iliacae dextrae и, по его мнѣнію, этотъ случай — noli me tangere.

Съ этимъ мнѣніемъ согласились и прочіе клиницисты, только нѣкоторые болѣе молодые хирурги теоретически допускали возможность предпринять операцію.

Опредѣлили: Признать больную неизлечимою и перевести ее въ соотвѣтственную больницу.

Случай 5-й. Neoplasma femoris. Проф. Морранъ-Бэкеръ представилъ больнаго среднихъ лѣтъ, у котораго весьма быстро, послѣ незначительной травмы, развилась опухоль въ передней части нижней $^1/_3$ лѣваго бедра. Опухоль эта, величиною въ кулакъ взрослаго человѣка, неподвижна и, повидимому, не сообщается съ колѣннымъ суставомъ, ибо сгибаніе и разгибаніе голени не сопровождаются болѣзненностью; въ глубинѣ опухоли мѣстами ощущается весьма ясное зыбленіе, но большая ея часть на ощупь плотна; особенно рѣзко новообразованіе выступаетъ въ области мыщелковъ бедра. Neoplasma femoris.

Проф. Бэкеръ заключилъ, что онъ имѣетъ дѣло съ мягкою *osteosarcoma*, исходящей изъ внутренняго мыщелка лѣваго бедра, поэтому онъ думаетъ предложить больному *amputationem femoris.*

Пренія: Проф. Виллетъ опровергъ діагнозъ sarcoma и доказывалъ, что врядъ ли опухоль въ данномъ случаѣ исходитъ изъ мыщелковъ бедра; напротивъ того, больше вѣроятія допустить здѣсь существованіе обширной кисты, исходящей изъ bursae suprapatellaris, несообщающейся съ колѣннымъ суставомъ.

Д-ръ Крипсъ также отрицалъ существованіе osteosarcoma, но допускалъ возможность развитія доброкачественнаго новообразованія, характеръ котораго опредѣлится только при операціи.

Проф. Т. Смитсъ присоединился къ мнѣнію послѣдняго.

Опредѣлили: Прежде, чѣмъ рѣшиться на ампутацію бедра, попытаться удалить новообразованіе безъ потери конечности.

На этотъ разъ медицинское совѣщаніе этимъ закончилось; но обыкновенно, послѣ взаимнаго совѣщанія, врачи, завѣдующіе отдѣленіями, in corpore обходятъ палаты и назначаютъ больныхъ къ выпискѣ изъ больницы, либо выбираютъ больныхъ для слѣдующаго совѣщанія.

Итакъ, врачебное совѣщаніе, длившееся $^5/_4$ часа, представило студентамъ возможность познакомиться съ методами скораго (госпитальнаго) изслѣдованія больныхъ и назначенія соотвѣтственнаго леченія. Подобные публичные диспуты, совершающіеся еженедѣльно въ St. Bar-

tholomew's hospital, имѣютъ, кромѣ практической пользы, еще и врачебнообразовательное значеніе: они замѣняютъ собою отчасти демонстративныя лекціи отдѣльныхъ клиницистовъ и поэтому студенты медицинскаго колледжа посѣщаютъ ихъ весьма усердно.

Нѣкоторыя заключенія.

Обращу вниманіе читателя еще на одинъ фактъ: всѣ пять случаевъ болѣзни, разобранныхъ на этомъ совѣщаніи, имѣли нѣчто общее въ діагностическомъ отношеніи; именно, у всѣхъ демонстрированныхъ больныхъ патологическіе процессы выражались въ видѣ опухолей, сидящихъ либо вблизи сочлененія, либо въ самой кости; поэтому во всѣхъ пяти случаяхъ приходилось говорить объ *остеосаркомахъ*, какъ о новообразованіяхъ, чаще другихъ исходящихъ изъ межуточнаго хряща или изъ сочленовнаго конца костей. Подобнаго рода параллельныя формы патологическихъ процессовъ весьма демонстративно показываютъ студентамъ — какое значеніе имѣетъ врачебная логика при дифференціальномъ распознаваніи болѣзней.

Не знаю, умышленно ли были подобраны эти случаи: aneurysma art. subclaviae вблизи грудино-ключичнаго сочлененія, tumor in fovea poplitea, osteosarcoma capituli humeri, sarcoma pelvis, вблизи synchondrosis sacro-iliacae, и neoplasma femoris вблизи колѣннаго сочлененія; но во всякомъ случаѣ такое совпаденіе болѣзней, сходныхъ въ діагностическомъ отношеніи, показываетъ — какимъ богатымъ клиническимъ матеріаломъ располагаетъ хирургическое отдѣленіе St. Bartholomew's hospital. — Ниже я думаю привести нѣкоторыя извлеченія изъ годоваго статистическаго отчета этой больницы и по нимъ читатель еще болѣе убѣдится въ томъ, что здѣсь учащемуся предоставлена полная возможность познакомиться на практикѣ со всѣми главными формами хирургическихъ болѣзней, что̀, по моему мнѣнію, служитъ лучшей гарантіей для успѣшнаго преподаванія.

Оперативная дѣятельность госпиталя.

Другой разъ я присутствовалъ въ этомъ госпиталѣ при производствѣ операцій профессорами Бэкеромъ и Томасомъ Смитсомъ. Хотя оперативные случаи не представляли собою ничего выдающагося, но, съ цѣлью охарактеризовать дѣятельность этихъ двухъ операторовъ, я позволю себѣ привести и эти наблюденія.

Обыкновенно въ St. Bartholomew's hospital операціи производятся ежедневно въ 12 ч. 30' пополудни, исключая случаевъ, недопускающихъ отлагательства, которые оперируются во всякое время. Операціонный залъ представляетъ собою обширный амфитеатръ, освѣщаемый сверху. По одному лишь внѣшнему виду, нетрудно замѣтить, что опе-

раторы слѣдують новѣйшимъ требованіямъ противугнилостной хирургіи: вся мебель, полы и скамьи некрашены, чтобы удобнѣе было поддерживать должную чистоту; по стѣнамъ развѣшаны ирригаторы съ карболовой кислотой; прислуга одѣта въ бѣлыхъ рубахахъ и проч. Во время операцій ряды амфитеатровъ переполнены зрителями; здѣсь студенты строго слѣдятъ за тѣмъ, чтобы операціонная арена и первый рядъ мѣстъ были заняты исключительно хирургами или *dressers*.

Статистика анэстезій.

При операціонномъ залѣ приставленъ еще особенный врачъ — администраторъ наркотизаціи—нѣкій M-r Мильсъ. Имѣть спеціалиста въ этомъ дѣлѣ здѣсь тѣмъ болѣе необходимо, что въ St. Bartholomew's hospital ежегодно производится до $3^1/_2$ тысячъ общихъ наркотизацій и различными средствами, какъ это видно по слѣдующей таблицѣ:

Статистика анэстезій въ St. Bartholomew's hospital за 1883 г.

Хлороформомъ анэстезировали	1.421	разъ
Закисью азота (безъ примѣси)	287	»
Эфиромъ (чистымъ)	566	»
Эфиромъ съ предшествующимъ наркозомъ NO.	1.156	»
Бромистымъ этилемъ	11	»
Итого . .	3.441	разъ.

Изъ этого числа анэстезированныхъ умерло двое отъ хлороформа во время самой наркотизаціи. При вскрытіи найдено было: у одного оперируемаго 56 лѣтъ, подверженнаго алкоголизму, правое легкое было срощено съ грудною клѣткою, сердце же представлялось нормальнымъ; у другаго больнаго, умершаго также въ началѣ наркотизаціи хлороформомъ, вскрытіе показало общую гипертрофію съ дилатаціею сердца, миліарные бугорки въ обоихъ легкихъ и селезенкѣ и циррозъ печени и почекъ [1]).

Д-ръ Каппелеръ въ текущемъ году (1888) обнародовалъ работу объ анэстезирующихъ средствахъ [2]), гдѣ онъ, между прочимъ, приводитъ, что въ St. Bartholomew's hospital приходится на 4810 хлороформированій два смертныхъ случая и на 6440 этеризацій — также 2 смерти. Другой авторъ Уилльямсъ (Roger Williams) насчитываетъ

---

[1]) См. *Statistical tables of St. Bartholomew's hospital during 1883.* London 1884, стр. 90.

[2]) См. *Beiträge zur Lehre von den Anaestheticis* v. Dr. Kappeler (Schweiz). (Langenbeck's Archiv, т. 37, стр. 364).

въ Лондонѣ одинъ смертельный исходъ на 208 хлороформированій или на 1050 эстеризацій. Эти числовыя данныя вполнѣ объясняютъ стремленія англичанъ — изъискать другія, менѣе опасныя анэстезирующія средства.

Наркотизація закисью азота помощью аппарата Пидлея.

Вообще въ Лондонѣ закись азота начинаетъ постепенно вытѣснять хлороформъ изъ употребленія. Выше, при описаніи дѣятельности St. George's hospital, я уже упомянулъ, что тамъ часто больные наркотизируются закисью азота въ чистомъ видѣ; тоже самое я видѣлъ въ Charing Cross hospital, въ London hospital и друг. Поэтому я считаю нужнымъ описать здѣсь, какъ самый аппаратъ, такъ и способъ анэстезированія этимъ новымъ средствомъ.

Рис. 37.

Аппаратъ Пидлея для анэстезированія закисью азота. A—цилиндръ съ губкою, пропитанною эфиромъ; B—барабанъ съ подвижною стрѣлкою; C — воронка, прилагающаяся къ устамъ; D—каучуковый балонъ, наполненный воздухомъ; E — каменная бутыль, наполненная сгущеннымъ газомъ закисью азота; a — кранъ бутыли; b—каучуковый рукавъ; c, d — металлическія трубки цилиндра; e — трубка барабана; f — клапанъ; g — кранъ воронки.

Самый употребительный снарядъ въ Лондонѣ это—*аппаратъ* Пидлея, служащій для наркотизаціи либо чистою закисью азота, либо въ смѣси съ эфиромъ; поэтому онъ называется—*скомбинированный аппаратъ* (Pedley's combination apparatus). Онъ состоитъ: изъ каменной бутыли *(E)*, въ которой находится сгущенный газъ закиси азота; бутыль эта устанавливается въ треножникѣ; вверху бутыли имѣется кранъ *(a)*; если повернуть его въ сторону, то газъ съ шумомъ проходитъ чрезъ каучуковый рукавъ *(b)* въ балонъ *(D)*, наполненный чистымъ воздухомъ; этотъ балонъ соединяется съ особеннымъ барабаномъ *(B)*, отъ котораго отходятъ двѣ короткія металлическія трубки *(c, d)* къ цилиндру *(A)*; въ этомъ послѣднемъ помѣщается губка, напитанная эфиромъ. Барабанъ *(B)* вверху выпускаетъ короткую трубку *(e)*, на которую надѣвается каучуковый рукавъ съ воронкою *(C)*; на барабанѣ вращается стрѣлка по циферблату, если повернуть барабанъ на первую треть полуокружности, то въ воронку *(C)* входитъ чистый газъ — закись азота съ воздухомъ изъ балона *(D)*; при поворотѣ ба-

рабапа на вторую $^{1}/_{3}$ въ воронку входитъ закись азота + пары эфира изъ цилиндра (*A*); при поворотѣ барабана на послѣднюю $^{1}/_{3}$ полуокружности — въ воронку входятъ пары эфира + чистый воздухъ. — При наркотизаціи больнаго воронка (*C*) герметически приставляется къ устамъ анэстезируемаго; кранъ (*a*) поворачивается на извѣстную дугу; тогда закись азота входитъ въ балонъ (*D*), здѣсь она смѣшивается съ воздухомъ; наркотизаторъ поворачиваетъ барабанъ (*B*) на первую треть, тогда ко рту больнаго достигаетъ газъ закиси азота въ смѣси съ воздухомъ. Послѣ нѣсколькихъ вдыханій больной тотчасъ же теряетъ сознаніе, дѣлается сильно ціанознымъ, коньюнктива глазъ быстро наливается кровью и вообще обнаруживаются явленія удушенія. Теперь наркотизаторъ поворачиваетъ барабанъ на вторую треть, т. е., допускаетъ къ легкимъ закись азота въ смѣси съ парами эфира, тогда больной погружается въ глубокій сонъ; наркотизаторъ поворачиваетъ барабанъ на послѣднюю $^{1}/_{3}$, вслѣдствіе чего притокъ закиси азота къ легкимъ совсѣмъ прекращается и больной вдыхаетъ либо чистый воздухъ, либо воздухъ въ смѣси съ парами эфира. Сама воронка (*C*) снабжена вверху клапаномъ (*f*), пропускающимъ выдыхаемый воздухъ, а внизу — краномъ (*g*), помощью котораго эластическая окружность воронки герметически присасывается къ устамъ больнаго [1]).

Въ подобной каменной бутылкѣ, какая представлена мною на рис. 37, вмѣщается всего 15 унцій (англійскихъ) сгущеннаго газа закиси азота; такимъ количествомъ чистаго газа можно занаркотизировать 6 взрослыхъ людей, а стоитъ такое количество газа 9 шиллинговъ (5 руб.); слѣдовательно, этотъ способъ наркотизаціи далеко не дешевле хлороформированія.

Въ моемъ присутствіи наркотизировали этимъ способомъ трехъ больныхъ различнаго возраста: юношу 19 лѣтъ, старика 60 лѣтъ и 12-лѣтнюю дѣвочку; на всѣхъ этихъ анэстезированныхъ больныхъ я замѣчалъ бурныя явленія асфиксіи, которыя особенно рѣзко выражались у старика. Такъ, напримѣръ, у послѣдняго при разрѣзѣ кожи колѣна вытекавшая кровь имѣла цвѣтъ чернилъ. Врачъ, демонстрировавшій мнѣ этотъ снарядъ, показалъ, вмѣстѣ съ тѣмъ, что въ наборѣ для анэстезированія имѣются всѣ необходимые инструменты для быстраго горлосѣченія. Стало быть, асфиксія эта далеко небезопасна.

Кромѣ того, необходимо замѣтить, что *во время операціи опера-*

---

[1]) См. *A few words upon anaesthetics*, by Freeman. London 1883, стр. 38.

руемый вдыхаетъ только чистый эфиръ. Слѣдовательно, все преимущество этого *скомбинированнаго способа анэстезированія* я вижу только въ выигрышѣ времени при усыпленіи больнаго. Правда, что «періодъ возбужденія» при этомъ способѣ коротокъ, но болѣе буренъ и чрезвычайно опасенъ.

Extractio polypi nasi.

Наблюденіе XXVIII. **Extractio polypi nasi.** Оперировалъ проф. Морранъ-Бэкеръ. До приступленія къ операціи онъ надѣлъ чистый бѣлый передникъ, тщательно вымылъ руки въ карболовой кислотѣ; осмотрѣлъ приготовленные инструменты, которые онъ погрузилъ въ тазъ, наполненный 5% растворомъ карболовой кислоты.

Оперируемый былъ человѣкъ за 30 лѣтъ; онъ страдалъ полипомъ, выполнявшимъ обѣ стороны носовыхъ раковинъ. Онъ былъ анэстезированъ хлороформомъ, который наливался на салфеткѣ съ послѣдовательною постепенностью. Когда больной былъ уже вполнѣ анэстезированъ, операторъ вставилъ ему въ ротъ распорку Уайтгэда (см. выше, рис. 2), препятствующую западенію языка взадъ.

Техника операціи (22/VII 1885). а) Операторъ *ввелъ* въ лѣвую ноздрю больнаго свой лѣвый *указательный палецъ глубоко вверхъ, стараясь отъискать исходную точку новообразованія;* б) Замѣнивъ палецъ полипными щипцами, онъ захватилъ ими наростъ и сталъ кусками, величиною въ сливу, извлекать слизистые полипы; послѣднихъ было въ каждой носовой раковинѣ по нѣскольку. Подобную-же манипуляцію проф. Бэкеръ продѣлалъ и съ правой ноздрей, пока не освободилъ носовыхъ путей отъ всѣхъ наростовъ.

Замѣтимъ, что мы обыкновенно извлекаемъ носовые полипы безъ наркоза и въ сидячемъ положеніи больнаго. Проф. же Бэкеръ наркотизировалъ больнаго и извлекалъ новообразованіе при горизонтальномъ положеніи больнаго; однакоже, обильнаго кровотеченія при этомъ не было, какого можно было ожидать по глубинѣ введеннаго инструмента. Убѣдившись, что все новообразованіе удалено, операторъ привелъ больнаго въ сознаніе, посадилъ его и тщательно прополоскалъ носовую полость растворомъ карболовой кислоты. Какъ во время операціи, такъ и по окончаніи ея, профессоръ предоставлялъ нѣкоторымъ студентамъ изслѣдовать больнаго, заставляя ихъ предварительно дезинфицировать руки въ карболовой кислотѣ.

Raphia fistulae vesico-vaginalis.

Наблюденіе XXIX. **Raphia fistulae vesico-vaginalis.** Оперировалъ проф. Томасъ Смитсъ. Оперированная была 28-лѣтняя женщина, страдавшая влагалищно-пузырнымъ свищемъ, происшедшимъ

вслѣдствіе трудныхъ родовъ; четыре мѣсяца пазадъ она уже подвергалась операціи—сшиванія свища,—и выписалась изъ больницы, по-видимому, здоровою; но вновь открывшійся свищъ на передней стѣнкѣ маточнаго рукава заставляетъ ее искать вторичной помощи.

Техника операціи (22|vii 1885). Больную, безъ наркоза, положили на операціонный столъ *à la taille;* операторъ ввелъ въ мочевой пузырь металлическій катетръ; влагалище онъ расширилъ двумя Симсоновскими зеркалами и, передавъ ихъ въ руки ассистенту, самъ присѣлъ на табуретку *en face* промежности оперируемой. При такомъ положеніи онъ имѣлъ свободный доступъ ко всей задней стѣнкѣ мочеваго пузыря и скоро открылъ отверстіе свища среди рубцевой ткани. Окровавивъ края отверстія двумя полукружными разрѣзами, онъ тотчасъ-же приступилъ къ наложенію металлическаго шва; всего ему пришлось наложить три стежка. Затѣмъ онъ тщательно промылъ полость мочеваго пузыря и влагалища растворомъ карболовой кислоты, осушилъ больную и приказалъ ей лежать въ постели на животѣ, а мочу первые дни выпускать чрезъ эластическій катетръ.

Проф. Томасъ Смитсъ—человѣкъ еще молодой и весьма энергичный операторъ; онъ ученикъ проф. Листера и строгій послѣдователь его ученія; поэтому не слѣдуетъ его смѣшивать съ однофамильцемъ—Генри Смитсомъ, непридерживающимся вовсе безгнилостной хирургіи (см. выше стр. 69).

За усовершенствованные оперативные пріемы и выдающіяся лекторскія способности Томасъ Смитсъ весьма уважаемъ своими слушателями и товарищами; его клиническая опытность и ораторская дикція особенно высказываются на общихъ госпитальныхъ совѣщаніяхъ, о которыхъ я говорилъ выше.

Отчетность St. Bartholomew's hospital.

Для оцѣнки-же оперативной дѣятельности всего St. Bartholomew's hospital я думаю воспользоваться статистическими данными одного изъ послѣднихъ отчетовъ этого госпиталя,—отчета[1]), составленнаго двумя хирургами Мэркредеемъ (I. Marcready, F. R. C. S.) и Ивэ (Eve, F. R. C. S.) весьма систематично и строго научно: всѣ формы болѣзни расположены въ таблицахъ по отдѣльнымъ возрастамъ и полу, причемъ въ каждой графѣ указывается количество умершихъ отъ той или дру-

[1]) *Statistical tables of the patients under treatment in the wards of St. Bartholomew's hospital during 1883*, by Marcready and Frederic Eve. London 1884.

гой болѣзни; далѣе, случаи, выдававшіеся какими-либо особенными явленіями, описываются отдѣльно въ добавленіяхъ къ таблицамъ; наконецъ, въ концѣ годоваго обзора составители отчета представили таблицу ампутацій, произведенныхъ въ теченіи 10-лѣтія съ 1874—1884 г. включительно.

Воспользоваться этимъ матеріаломъ двухъ названныхъ хирурговъ, мнѣ кажется тѣмъ болѣе поучительнымъ, что вообще дѣятельность и внутренняя жизнь описываемаго мною госпиталя весьма близко походятъ на функцію нѣкоторыхъ изъ нашихъ учебно образовательныхъ учрежденій, какъ, напр., на клиническій госпиталь при Военно-Медицинской Академіи въ Петербургѣ или на Екатерининскую больницу въ Москвѣ. Стало быть, нѣкоторымъ читателямъ нетрудно будетъ провести параллель между клиническимъ матеріаломъ англійской школы и таковымъ лучшихъ русскихъ школъ медицины.

Для болѣе же легкаго обозрѣнія статистическаго матеріала, я считаю нужнымъ упростить самыя таблицы, т. е., расположить представленныя данныя по менѣе сложнымъ рубрикамъ.

Таблица VIII. **Общее число оперированныхъ въ St. Bartholomew's hospital въ 1883 г.**

Названіе операціи по областямъ.	Число оперированныхъ.	Изъ нихъ умерло	% смертн.	Примѣчанія
1) Ампутаціи на конечностяхъ . .	83	6	7,2	
2) Резекціи въ суставахъ на костяхъ	74	6	8,1	
3) Вырѣзываніе опухолей	293	14	4,8	
4) Операціи на моче-половыхъ орг.	36	5	13,8	
5) Операціи на брюшныхъ органахъ.	43	19	4,4	Въ томъ числѣ 26 *грыжесѣченій* съ 8 смертельными исходами.
6) Операціи на гортани	33	26	78,7	
7) Операціи въ обл. прямой кишки.	73	1	1,3	
8) Лигатура артерій	18	1	5,5	
9) Пластическія операціи	79	3	3,9	
10) Прочія операціи	127	8	6,2	Въ томъ числѣ 5 *трепанацій* съ 1 смертельнымъ исходомъ.
	856	89	10,31%	

Средній процентъ смертности всѣхъ операцій равняется 10,31%; такой процентъ, вообще говоря, невеликъ при томъ составѣ операцій, какой представляетъ собою матеріалъ St. Bartholomew's hospital. Замѣтимъ, что нѣтъ почти области человѣческаго тѣла, которой не касался-бы ножъ хирурга: начиная отъ черепа, переходя къ горлу, грудной, брюшной, тазовой полости—во всѣхъ этихъ областяхъ были сдѣланы

операціи. Если же принять исходы ампутацій на конечностяхъ за мѣрило для оцѣнки оперативной дѣятельности, какъ совѣтовалъ это Н. И. Пироговъ и какъ это дѣлаетъ современный германскій клиницистъ, проф. Фолькманъ, то нужно будетъ признать, что St. Bartholomew's hospital даетъ весьма хорошіе результаты, ибо процентъ смертности отъ ампутацій равняется всего 7,2%. И здѣсь я долженъ прибавить, что въ число показанныхъ мною ампутацій входятъ различные случаи, какъ травматическіе, такъ и патологическіе, какъ первичныя, такъ и вторичныя ампутаціи на конечностяхъ, исключивъ, конечно, ампутаціи пальцевъ и вообще малыя ампутаціи. Хотя составители отчета выдѣлили всѣ эти разновидности въ особыя рубрики, но я считалъ нужнымъ слить ихъ въ одну, чтобы не вычислять процентъ изъ слишкомъ малаго числа однородныхъ случаевъ.

Высокая смертность операціи tracheotomiae.

Но чрезмѣрно высокъ процентъ смертности въ 6-мъ ряду; операціи на гортани дали 78,7% смертельныхъ исходовъ. Это явленіе объясняется двумя факторами; во-первыхъ, изъ 33-хъ операцій этой категоріи 25 горлосѣченій (tracheotomia) приходится на дѣтскій возрастъ отъ 1—5 лѣтъ; во-вторыхъ, показаніемъ къ операціи служилъ, вѣроятнѣе всего, дифтеритъ гортани—болѣзнь, какъ извѣстно, похищающая много жертвъ и безъ всякой оперативной помощи. Кромѣ того, англійскіе врачи, по общему складу ихъ практической дѣятельности, слишкомъ строгіе консерваторы въ хирургіи, т. е., они прибѣгаютъ къ ножу, какъ къ ultimum refugium; поэтому горлосѣченіе въ англійской дѣтской практикѣ даетъ такіе печальные исходы. Французы (Кадэ-де-Гассикуръ) и нѣмцы (Бозе, Гютеръ, Фолькманнъ и друг.) смотрятъ на эту операцію при дифтеритной эпидеміи, какъ на профилактическую мѣру, именно: они признаютъ необходимымъ дѣлать горлосѣченіе почти у всякаго ребенка, заболѣвшаго дифтеритомъ. При такомъ активномъ воззрѣніи на tracheotomiam, послѣдняя даетъ значительно лучшіе исходы. Надѣюсь еще имѣть случай побесѣдовать объ этомъ вопросѣ при описаніи дѣятельности хирурговъ французской школы.

Частота операціи ligatura vasorum in continuitate.

Прочіе же ряды операцій, по своимъ исходамъ, приходится признать посредственными. Я обращу только вниманіе читателя на 8-й рядъ—на перевязку артерій (ligatura in continuitate vasorum). Въ нашихъ клиникахъ эта операція встрѣчается на столько рѣдко, что многіе русскіе студенты и врачи видѣли производство этой операціи только на трупѣ, тогда какъ въ Англіи она практикуется весьма часто: въ одномъ

St. Bartholomew's hospital артеріи на продолженіи перевязывались 18 разъ. Въ другихъ государствахъ Европы (во Франціи, Германіи, Бельгіи) мнѣ также приходилось ее видѣть рѣдко.

Это явленіе объясняется тѣмъ, что клиническія условія Великобританскаго острова способствуютъ развитію аневризмъ: въ теченіи 1883 г. въ описываемомъ мною госпиталѣ наблюдалось 26 случаевъ этой болѣзни, именно:

Aneurysma	aortae thoracicae . . .	10	разъ
»	trunci annonymi . . .	1	»
»	art. carotidis	1	»
»	» subclaviae. . . .	1	»
»	» temporalis . . .	3	»
»	aortae abdominalis . .	2	»
»	arteriae iliacae ext. . .	2	»
»	» popliteae . . .	5	»
»	cirsoideum	1	»
		26	разъ

Изъ этого числа—14 случаевъ подлежали хирургическому леченію: давленіемъ, покоемъ и, только въ исключительныхъ случаяхъ, операторы прибѣгали къ перевязкѣ на продолженіи артерій; однакоже, въ 8-ми случаяхъ была наложена лигатура и всегда съ успѣхомъ—аневризмы уменьшались почти до исчезновенія.—Показаніями къ прочимъ перевязкамъ артерій, входящихъ въ 8-й рядъ таблицы VIII, служили кровотеченія или расширеніе венъ, что легко видѣть по слѣдующему перечню наложенныхъ лигатуръ:

Ligatura	art.	brachialis	1	разъ
»	»	carotid. com. . . .	1	»
»	»	temporalis	2	»
»	»	ulnaris	1	»
»	»	iliacae ext.	1	»
»	»	femoralis.	5	»
»	»	popliteae.	1	»
»	venae	saphenae	2	»
»	varicocele		4	»
			18	разъ

Наконецъ, я обращу вниманіе на общее число операцій: *въ теченіи одного года большихъ кровавыхъ операцій въ St. Bartholomew's hospital сдѣлано 856*. Съ такимъ громаднымъ числомъ оперативнаго

матеріала не можетъ сравниться ни одна изъ нашихъ академическихъ или университетскихъ клиникъ. Къ крайнему сожалѣнію, у меня нѣтъ статистическихъ свѣдѣній объ оперативномъ матеріалѣ нашихъ столичныхъ большихъ больницъ; имѣющіяся же у меня свѣдѣнія о нѣкоторыхъ хирургическихъ клиникахъ весьма скудны; тѣмъ не менѣе, я позволю себѣ ихъ сопоставить:

Таблица IX. **Годичное число операцій въ русскихъ хирургическихъ клиникахъ.**

Годичное число операцій въ русскихъ хирургическихъ клиникахъ.

Наименованіе клиники.	Число больн. въ годъ	Число больш. операцій въ годъ.
1) Хирург. Академич. клиника въ Петерб. .	218	128 [1])
2) » факульт. клиника въ Москвѣ. .	122	82 [2])
3) » » » » Кіевѣ . .	102	56 [3])
4) » » » » Варшавѣ .	389	110 [4])
5) » госпитальн. клиника въ Варшавѣ	388	87
Итого въ 5 клиникахъ .	1219	463

Изъ этой таблицы видно, что Московская хирургическая клиника, которую нужно причислить къ самымъ богатымъ клиникамъ нашихъ факультетовъ, располагаетъ такимъ клиническимъ матеріаломъ, надъ которымъ можно произвести всего 82 операціи въ годъ, т. е., въ 10 разъ меньше, нежели хирургическое отдѣленіе St. Bartholomew's hospi-

[1]) Эти числа были мнѣ даны покойнымъ проф. С. П. Коломнинымъ въ 1885 г.

[2]) Эти свѣдѣнія заимствованы мною изъ „*Отчета Хирург. клиники проф. Н. В. Склифосовскаго* за 1880—1884 гг., составленнаго д-рами Яковлевымъ и Левицкимъ, Москва 1885. Въ указанномъ 4 годичномъ отчетѣ, къ сожалѣнію, нѣтъ сводной таблицы: исторіи болѣзни приведены подрядъ; таковыхъ 467; изъ этого числа я исключилъ 139 случаевъ, которымъ вовсе не была оказана оперативная помощь или послѣдняя состояла въ проведеніи простаго разрѣза; слѣдовательно, число оперированныхъ за 4 годъ равнялось 328 случаямъ или въ годъ = 82.

[3]) Это число я получилъ изъ «*Отчета хирург. факультет. клиники унив. Св. Владиміра*» составленнаго Куцеволъ - Артемовскимъ, Кіевъ 1885. Тамъ число операцій за 38-лѣтнюю дѣятельность проф. Караваева показано = 3030; по изъ этого числа я исключилъ 901 случай, при которыхъ вся операція состояла либо въ проведеніи дренажа, либо въ вскрытіи нарывовъ. Въ другихъ указанныхъ мною отчетахъ подобныя малыя операціи не внесены въ общую таблицу оперативнаго матеріала.

[4]) Послѣдующіе два ряда чиселъ заимствованы мною изъ одного изъ «Годичныхъ Отчетовъ Имп. Варшавскаго Университета.

tal; или еще рельефнѣе представится намъ бѣдность клиническаго и оперативнаго матеріала нашихъ медицинскихъ школъ, если мы сопоставимъ эти числа въ такой параллели: въ пяти русскихъ клиникахъ среднимъ числомъ пользуются хирургическою помощью 1219 больныхъ, надъ которыми производятся 463 операціи въ годъ, тогда какъ въ одной медицинской школѣ St. Bartholomew's hospital въ Лондонѣ ежегодное число хирургическихъ больныхъ доходитъ до 4591, а число операцій до 856.—Правда, что въ нашихъ медицинской академіи и факультетахъ бываютъ обыкновенно двѣ, рѣдко три хирургическія клиники; но если сумма 5-и клиникъ представляетъ едва половину того матеріала, который имѣетъ въ своемъ распоряженіи одна медицинская школа въ Лондонѣ, то каждый медицинскій факультетъ, въ отдѣльности взятый, подавно не можетъ сравниться съ врачебно-образовательнымъ матеріаломъ названной школы. Кромѣ того, необходимо еще принять во вниманіе многолюдность нашихъ медицинскихъ факультетовъ въ сравненіи съ тѣмъ ограниченнымъ числомъ студентовъ-медиковъ, которое числится въ каждомъ англійскомъ колледжѣ. Напримѣръ, Московскій медицинскій факультетъ насчитываетъ до 1500 студентовъ, а St. Bartholomew's hospital's College—всего 300.

Очевидно, что практическая сторона медицинскаго образованія въ англійскихъ школахъ несравненно лучше обставлена, нежели таковая въ нашихъ русскихъ медицинскихъ факультетахъ.—Впрочемъ, на этотъ пробѣлъ въ нашемъ врачебномъ образованіи я указывалъ еще на I Съѣздѣ Русскихъ врачей въ Петербургѣ, въ 1885 г., и многіе изъ присутствующихъ на томъ засѣданіи членовъ врачебной корпораціи высказали желаніе — открыть доступъ студентамъ-медикамъ въ общественныя городскія больницы съ цѣлью врачебно-образовательною; но, къ сожалѣнію, и нынѣ этотъ вопросъ стоитъ in statu quo. Никто, я думаю, не станетъ отрицать, что для учащихся медицинѣ важнѣе всего познакомится съ главнѣйшими формами болѣзней еще во время академической жизни, когда всякій клиническій случай разбирается съ научною послѣдовательностью и авторитетнымъ лицемъ; такіе примѣры хирургической практики, вынесенные изъ клиники студентами, глубоко врѣзываются въ памяти послѣднихъ и служатъ путеводными точками на ихъ дальнѣйшемъ пути самостоятельной дѣятельности.

Итакъ, St. Bartholomew's hospital's College въ Лондонѣ, по богатству своего клиническаго матеріала, вполнѣ удовлетворяетъ требованіямъ современнаго способа преподаванія хирургіи.

Научное значеніе статистики ампутацій конечностей.

Но, кромѣ образовательнаго или академическаго значенія, клиническій матеріалъ въ такомъ объемѣ, какой представляетъ намъ St. Bartholomew's hospital, имѣетъ еще и научное значеніе: нѣкоторые спорные вопросы въ практической хирургіи могутъ быть рѣшаемы только путемъ сравнительнаго метода наблюденія. Какъ примѣръ только-что высказаннаго я приведу слѣдующій вопросъ— *вліяетъ-ли высота усѣкаемой конечности на процентъ смертности ампутированныхъ при противугнилостномъ способѣ леченія ранъ?* Профессоръ Фолькманъ и его школа (Краске, Оберстъ, Краузе и друг.) рѣшаютъ этотъ вопросъ отрицательно, т. е., они утверждаютъ, что при противогнилостномъ способѣ леченія ранъ ампутаціи верхней $^1/_3$ бедра даютъ такой же малый процентъ смертности, какъ и ампутаціи въ нижней $^1/_3$ голени [1]). Если же мы обратимся къ статистикѣ ампутацій, произведенныхъ въ St. Bartholomew's hospital въ теченіи 10 лѣтъ антисептическаго періода хирургіи, то вышепоставленный вопросъ освѣтится нѣсколько иначе.

Таблица X. **Статистика ампутацій, произведенныхъ въ St. Bartholomew's hospital въ теченіи 10 лѣтъ (т. е., 1874—1883 года включительно) антисептическаго періода хирургіи.**

Область ампутированной конечности.	Травматическіе случаи.			Патологическіе случаи.			Сумма.		
	Число ампут.	Число умерш.	Проц. смертности.	Число ампут.	Число умерш.	Проц. смертности.	Число ампут.	Число умерш.	Проц. смертности.
1) Вылущеніе въ тазоб. суставѣ	—	—	—	15	9	60,0%	15	9	60,0%
2) Ампутація бедра	26	17	65,3%	192	29	15,1	218	46	21,1
3) Вылущеніе въ колѣнѣ	4	2	50,0	4	0	0,0	8	2	25,0
4) Ампутація голени	34	13	38,2	73	6	8,1	107	19	17,7
5) Вылущеніе въ голен. сочлененіи	5	0	0,0	95	8	8,4	100	8	8,0
6) Вылущеніе въ плечев. сочлененіи	4	3	75,0	6	3	50,0	10	6	60,0
7) Ампутація плеча	26	2	7,6	25	3	12,0	51	5	9,8
8) Ампутація предплечья	28	1	3,5	30	0	0,0	58	1	1,7
						Всего	567	96	16,9%

[1]) См. *Die Amputationen unter dem Einflusse der antiseptischen Behandlung* v. Prof. M. Oberst, Halle, 1882, глава II. Замѣтимъ, что авторъ дѣлаетъ свои заключенія на основаніи 261 ампутаціи, произведенныхъ въ періодъ времени 1874—1880. Къ тому же времени относятся и наблюденія въ St. Bartholomew's hospital, стало быть, сопоставленіе этихъ выводовъ имѣетъ свой raison d'être.

Изъ этой таблицы мы видимъ, что процентъ смертности прогрессивно падаетъ по мѣрѣ удаленія ампутаціи отъ центра къ периферіи усѣкаемой конечности; именно: ампутаціи предплечья даютъ значительно меньшій процентъ смертности (1,7°/₀), нежели ампутаціи плеча (9,8°/₀); далѣе, процентъ смертности отъ ампутацій голени (8,0°/₀) меньше процента смертности бедра (21,1°/₀). Кромѣ того, вылущенія въ суставахъ вообще представляются болѣе опасными операціями, нежели ампутаціи на продолженіи кости; и на этихъ операціяхъ наблюдается опять тотъ же законъ, т. е., вылущенія въ тазобедренномъ и плечевомъ суставахъ (60,0°/₀) значительно опаснѣе, нежели вылущенія въ колѣнномъ (25,0°/₀) или голенно-стопномъ суставѣ (17,7°/₀).

Фактъ этотъ, въ дѣйствительности, былъ подмѣченъ еще въ до-антисептическомъ періодѣ хирургіи д-ромъ Паулемъ [1]) на громадномъ статистическомъ матеріалѣ 12,689 ампутацій; но нѣкоторые современные клиницисты, исходя, по моему мнѣнію, изъ ложнаго положенія—*будто антисептика низводитъ вліяніе травмы на исходъ операцій до нуля*, отрицаютъ вышеуказанный законъ. Я полагаю, что логическое сопоставленіе фактовъ, собранныхъ въ одной и той-же школѣ хирургіи St. Bartholomew's hospital, говоритъ въ пользу сохраненія этого закона. Ниже, при описаніи дѣятельности германскихъ хирурговъ, я еще возвращусь къ этому вопросу и тогда читателю выяснятся цѣль и значеніе моихъ теперешнихъ указаній.

Темныя стороны St. Bartholomew's hospital.

Описывая дѣятельность St. Bartholomew's hospital, я до сихъ поръ знакомилъ читателя со свѣтлыми сторонами этого врачебно-образовательнаго учрежденія; не слѣдуетъ, я думаю, умолчать и объ его тѣневыхъ сторонахъ. Названный госпиталь, давая пріютъ громадному числу больныхъ съ различными формами болѣзней, не исключая заразительныхъ, весьма часто представляется переполненнымъ; коечные больные, какъ я уже замѣтилъ выше, скучены; вслѣдствіе этого воздухъ въ палатахъ спертъ и имѣетъ специфическій «госпитальный» запахъ, чего нѣтъ въ малыхъ больницахъ Лондона, какъ King's College hospital, Samaritan free hospital, St. George's hospital и мн. др.—Указанный недостатокъ санитарнаго состоянія госпиталя замѣтно вліяетъ на теченіе хирургическихъ болѣзней вообще и свѣже-травматическихъ (операціонныхъ) ранъ въ особенности. Ни въ одномъ изъ представленныхъ мною

---

[1]) *Консервативная хирургія членовъ* соч. Г. Ю. Пауля. Переводъ съ нѣмецкаго. Спб., 1862 г., стр. 34 и слѣд.

до сихъ поръ госпиталей Лондона я не видѣлъ такихъ флегмонозныхъ нагноеній, какъ въ St. Bartholomew's hospital. Кромѣ того, другія осложненія, какъ рожа, піэмія, септицэмія и т. п. заболѣванія не составляютъ вовсе рѣдкости или случайныя явленія. Въ цитированномъ мною отчетѣ представлена небольшая таблица этихъ заразительныхъ формъ заболѣванія, изъ которой (таблицы XI) видно, какъ часто эти болѣзни наблюдаются въ St. Bartholomew's hospital и что онѣ нерѣдко осложняютъ операціонныя раны.

Таблица XI. **Число случаевъ рожи, піэміи и т. п. заболѣваній въ теченіи 1883 г. въ St. Bartholomew's hospital.**

Названіе болѣзни.	Поступило извнѣ.	Развилось въ госпиталѣ.	Осложнило операціи.	Сумма.	Изъ этого числа умерло.
1) Erysipelas	81	18	34	133	11
2) Phlegmone	45	3	0	48	9
3) Pyaemia et septicaemia	2	4	3	9	9
4) Tetanus	4	1	0	5	5
5) Delirium tremens. . . ,	0	12	0	12	4
Всего				207	38

Итакъ, въ теченіи одного года въ St. Bartholomew's hospital наблюдалось 207 случаевъ осложненныхъ заболѣваній, изъ которыхъ 38 кончились летально.

Остановимся только на первыхъ трехъ формахъ осложняющихъ болѣзней; ибо послѣднія двѣ формы—столбнякъ и бѣлая горячка—наичаще зависятъ отъ конституціи больнаго, тогда какъ причины рожи, флегмоны, піэміи и септицэміи нерѣдко приходится искать въ конституціи госпиталя. Изъ представленной таблицы XI видно, что самымъ частымъ осложненіемъ операціонной раны бываетъ рожа; она въ 34 случаяхъ обнаруживалась послѣ операцій, какъ, напр., послѣ ампутаціи титечной желѣзы (6 разъ), послѣ ампутаціи на конечностяхъ (4 раза), послѣ удаленія секвестровъ (4 раза) и проч.; нерѣдко рожа появлялась вскорѣ послѣ вскрытія нарывовъ, тенотоміи и тому подобныхъ малыхъ операцій.—Нѣкоторые строгіе послѣдователи (Нуссбаумъ, Фолькманнъ, Шеде) антисептическаго способа леченія ранъ приписываютъ частое появленіе рожи въ хирургическихъ палатахъ *исключительно* погрѣшностямъ операторовъ въ противугнилостныхъ мѣрахъ. Но, съ одной стороны, мы знаемъ (какъ я уже выше доказалъ

наблюденіями изъ операціонной залы), что всѣ хирурги St. Bartholomew's hospital выполняютъ требованія Листеровскаго метода съ большею послѣдовательностью, нежели самъ Листеръ; и, тѣмъ не менѣе, они не могутъ ограждать себя отъ развитія этой заразной болѣзни въ своихъ палатахъ; а съ другой стороны, мы видѣли, что Бэнтоку (см. выше стр. 195), не употребляющему никакихъ противугнилостныхъ (химическихъ) средствъ, вовсе не приходится наблюдать рожу на своихъ оперированныхъ. Слѣдовательно, причину развитія рожи нужно искать въ какомъ либо другомъ факторѣ описываемаго госпиталя.

Столь частое осложненіе операціонныхъ ранъ въ St. Bartholomew's hospital заразными болѣзнями я склоненъ объяснить двумя элементами: во-первыхъ, недостаточнымъ изолированіемъ тѣхъ больныхъ, которые поступаютъ въ госпиталь уже съ вполнѣ развившеюся формою заразной болѣзни, какъ рожа, піэмія, септицэмія и т. п.; и во-вторыхъ, скученностью больныхъ, т. е., скопленіемъ громаднаго числа больныхъ въ одномъ госпиталѣ.—Вообще въ Англіи я наблюдалъ, что немноголюдныя больницы въ 150—200 коекъ, какъ King's College hospital, University College, Charing Cross и друг., вовсе не принимаютъ хирургическихъ заразныхъ больныхъ, а направляютъ ихъ въ спеціальныя больницы, носящія общія названія «Fever hospitals»; благодаря такому modus vivendi, хирурги въ названныхъ клиникахъ весьма рѣдко наблюдаютъ развитіе рожи, какъ осложненіе операціонной раны, какой-бы способъ леченія они ни примѣняли.—St. Bartholomew's же hospital этого не дѣлаетъ, т. е., онъ даетъ пріютъ и заразительнымъ (хирургическимъ) больнымъ: какъ видно изъ таблицы XI въ теченіи 1883 г. поступило извнѣ однихъ рожистыхъ 81 случай. Кромѣ того, недостаточно строгое изолированіе этихъ послѣднихъ отъ прочихъ больныхъ способствуетъ распространенію заразы по хирургическимъ палатамъ.

Что же касается до флегмонозныхъ нагноеній, то наибольшее число случаевъ (45 изъ 48) прибыло извнѣ и только 3 случая развились въ госпиталѣ. Стало быть, трудно предположить, чтобы въ данномъ госпиталѣ диффузныя нагноенія были слѣдствіемъ погрѣшностей въ антисептическомъ методѣ леченія. Всякому современному хирургу извѣстно. что антисептическими мѣрами легко *предупредить* развитіе нагноительныхъ процесссовъ; но разъ таковой уже находится въ полномъ разгарѣ, то весьма трудно, а въ иныхъ случаяхъ и невозможно прекратить дальнѣйшее его развитіе какими бы-то ни было противугнилостными средствами.

Наконецъ, относительно третьей формы болѣзни, осложняющей раны, именно—гноекровія и гнилокровія, то изъ приведенной таблицы видно, что изъ 9 случаевъ она 7 разъ развилась въ самомъ госпиталѣ.—Это явленіе есть прямое слѣдствіе погрѣшностей хирурговъ, ибо въ трехъ случаяхъ гноекровіе наступало вслѣдъ за произведенною операціею, какъ, напр., послѣ опорожненія нарыва изъ тазовой полости, либо послѣ oesophagotomia съ цѣлью извлечь проглоченную челюсть съ искусственныхъ зубовъ и послѣ наружной уретротоміи. —Конечно, такое незначительное число случаевъ піэміи и септицэміи нельзя принять за эпидемію этихъ заразныхъ болѣзней въ стѣнахъ госпиталя; но при современныхъ средствахъ безгнилостной хирургіи все-таки возможно, я думаю, предупредить развитіе этихъ немногихъ случаевъ гнило- и гноекровіе.

Нѣкоторыя заключенія.

И такъ, сопоставляя всѣ приведенные факты относительно заразныхъ осложняющихъ формъ болѣзней, наблюдавшихся въ хирургическихъ палатахъ St. Bartholomew's hospital, я могу сказать, что операторы названной школы, хотя и стоятъ на современномъ уровнѣ хирургіи, не могутъ, однакоже, избѣгать нѣкоторыхъ осложненій ранъ вслѣдствіе обильнаго скопленія больныхъ въ стѣнахъ госпиталя, гигіэническія условія котораго оставляютъ еще желать многаго.

Во всякомъ случаѣ описываемый мною госпиталь представляетъ собою такое врачебно-образовательное учрежденіе, въ которомъ учащійся имѣетъ полную возможность изучить практическую хирургію всесторонне. Въ стѣнахъ этого колледжа студентъ не дѣлается одностороннимъ или слишкомъ узкимъ спеціалистомъ; онъ пріобрѣтаетъ свѣдѣнія и—весьма богатыя свѣдѣнія—по всѣмъ отраслямъ хирургіи.

Біограф. и библ. указ. о нѣкотор. представит. этой школы.

Въ заключеніи моего очерка этой школы хирурговъ, я, ради полноты, приведу и краткія указанія научныхъ трудовъ болѣе выдающихся дѣятелей ея.

Джемсъ Пэджетъ.

I. Джемсъ Пэджетъ (Sir James Paget) родился въ 1814 г., окончилъ курсъ медицинскихъ наукъ въ 1836 г. въ колледжѣ St. Bartholomew's hospital; съ 1843 г. онъ состоитъ членомъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» (F. R. C. S.). Проф. Пэджетъ долгое время занималъ должность завѣдующаго хирургическимъ отдѣленіемъ и клиническаго профессора въ описываемомъ госпиталѣ; въ настоящее время онъ состоитъ консультантомъ по хирургіи въ томъ-же госпиталѣ. Джемсъ Пэджетъ—одинъ изъ старѣйшихъ ветерановъ англійской школы хирургіи; его имя по-нынѣ чтится высоко среди современныхъ

хирурговъ: между прочими почетными должностями ученой іерархіи, онъ занимаетъ должность вице-канцлера Лондонскаго университета. Изъ многочисленныхъ литературныхъ трудовъ его я могу указать на слѣдующіе:

1) «*Lectures on surgical pathology*» (Лекціи по хирургической патологіи), читанныя авторомъ въ Лондонской Коллегіи Хирурговъ. Книга эта выдержала 3 изданія: первое изданіе вышло въ 1853 г., а послѣднее въ 1870 г.

2) «*Pathological Catalogue of the Museum of the Royal College of Surgeons*» (Каталогъ патологическаго отдѣленія музея Королевской Коллегіи Хирурговъ). Замѣтимъ, первое изданіе (въ 1842 г.) требовало 7 лѣтъ, а второе изданіе этого гигантскаго труда начато было въ 1871 г. и окончено только въ 1886 г.; стало быть оно потребовало 14 лѣтъ работы.

3) «*Clinical lectures and essays*» (Клиническія лекціи и наблюденія).

4) «*Lectures on tumours*» (Лекціи объ опухоляхъ, изданныя авторомъ въ 1851 г.).

5) «*On some of the sequels of typhoid fever*» (Нѣчто о болѣзняхъ осложняющихъ тифоидную лихорадку [1])].

6) «*On a form of chronic inflammation of bons* (*osteitis deformans* [О хронической формѣ воспаленія костей [2])].

Кромѣ того, имя Джемса Пэджета часто встрѣчается въ періодическихъ журналахъ англійской медицинской литературы. Хотя роль его, какъ руководителя учащейся молодежи, въ настоящее время, весьма ограничена; изрѣдка только приходится слышать рѣчь его въ аудиторіи «Королевской Коллегіи Хирурговъ», или еще рѣже—St. Bartholomew's колледжа на медицинскихъ совѣщаніяхъ; тѣмъ не менѣе, среди студентовъ онъ понынѣ пользуется большою популярностью; его руководства по хирургіи, особенно «*Clinical lectures and essays*» охотно читаются современными врачами. Въ виду этого, я думаю, читатели не посѣтуютъ на меня, если я приведу здѣсь одну изъ клиническихъ бесѣдъ этого ветерана хирургіи, читанную имъ еще въ 1877 г.; по моему мнѣ-

---

[1]) См. St. Bartholomew's hospitals Reports, т. XII, 1877 г.

[2]) Три статьи объ одномъ и томъ же вопросѣ, напечатанныя въ различныхъ газетахъ и въ различное время; первая статья помѣщена въ «British Med. Journal» 18/xi, 1876 г.; вторая—въ «Med. Chir. Transactions», т. LX, 1877, третья въ томъ же сборникѣ, т. LXVIII, 1882.

нію, нѣкоторыя мысли, высказанныя Джемсомъ Пэджетомъ 10 лѣтъ тому назадъ, и понынѣ не потеряли своего научнаго и практическаго значенія.

Несчастья въ хирургіи [Лекція Джемса Пэджета [1])].

Лекція Джемса Пэджета «о несчастіяхъ въ хирургіи».

«Въ теченіи послѣдней недѣли было два случая, которые побуждаютъ «меня объяснить вамъ—что можетъ быть названо *несчастьями въ* «*хирургіи*; предметъ этотъ имѣетъ большой интересъ: для васъ,— «изучающихъ практическую медицину—лучше познакомиться съ нимъ «въ молодости, ибо если узнаете его въ старости, то, кромѣ безполез- «ныхъ и огорчающихъ размышленій, онъ ничего вамъ не дастъ».

«Въ послѣдній четвергъ одна больная умерла отъ хлороформа; онъ «былъ данъ со всѣми обычными предосторожностями и нѣтъ ни одного «обстоятельства, которое указывало бы, что не было сдѣлано того, «что слѣдовало сдѣлать, или что сдѣлано то, чего вовсе не нужно. «Утромъ я рѣшилъ хлороформировать больную, чтобы выпрямить ея «руку и исправить безобразіе, вызванное пораженіемъ кости. Пополу- «дни, когда ординаторъ (house-surgeon) и одинъ изъ учениковъ (dresser) «хлороформировали — пульсъ вдругъ исчезъ; больная осунулась и— «умерла. Друзья ея не дозволили намъ сдѣлать вскрытія post mortem, «поэтому случай этотъ не могъ дать намъ полезныхъ разъясненій о «причинѣ смерти».

«Но фактъ, который я желаю запечатлѣть въ вашей памяти, со- «стоитъ въ томъ, что хирургія, не смотря на всевозможное тщаніе и на «вполнѣ добрыя побужденія, сократила до нѣсколькихъ минутъ жизнь «женщины, которая—не будь этого—могла бы жить еще много лѣтъ. «Она осталась бы съ кривой рукою, но за то прожила бы до старости. «Она умерла и ее не предупредили объ опасности, которой она подвер- «галась [2]).

---

[1]) Эта лекція въ русскомъ переводѣ была помѣщена въ «Медицинскомъ Вѣстникѣ» за 1877 г., издававшемся тогда весьма почтеннымъ редакторомъ Д. И. Дмитровскимъ. Къ сожалѣнію, имя переводчика въ журналѣ не указано; бывшій редакторъ, къ прискорбію русской медицинской прессы, давно почилъ вѣчнымъ сномъ: поэтому я фактически лишенъ возможности испросить позволенія заимствовать этотъ трудъ. Но, въ виду интересовъ моихъ читателей и самаго автора, я рѣшаюсь помѣстить переводъ этой лекціи почти въ такомъ видѣ, какъ она была напечатана въ «Медицинскомъ Вѣстникѣ», заранѣе прося снисхожденія у неизвѣстнаго мнѣ переводчика за нѣкоторыя измѣненія и поправки.

[2]) Не напоминаетъ ли этотъ случай Дж. Педжета прискорбную исторію, случившуюся въ концѣ 1887 г. въ клиникѣ покойнаго профессора С. П. Ко-

«Вотъ вамъ одно изъ хирургическихъ несчастій. Это одинъ изъ «тѣхъ случаевъ, которые побуждаютъ желать, чтобы изобрѣтено было «такое вещество, которое соединяло бы въ себѣ безопасность сѣрнаго «эфира—перваго по времени появленія анэстезирующаго средства—съ «удобствомъ и легкостью употребленія хлороформа. Но, пока не будетъ «найдено такого вещества, наши дѣйствія въ хирургіи всегда будутъ «отличаться неувѣренностью или, правильнѣе, такою увѣренностью, «что иногда мы не въ состояніи сказать—когда умретъ больной, жизнь «котораго мы стремимся продолжить или сдѣлать болѣе сносною, и «умретъ отъ средствъ, къ которымъ мы прибѣгаемъ, чтобы избавить «его отъ нѣкоторыхъ страданій [1])».

«Второй случай былъ мужчина, которому я резецировалъ головку «плечевой кости. Онъ обратился къ намъ съ рукою, почти негодною къ «употребленію и часто причинявшею весьма сильную боль, благодаря «невправленному вывиху плеча. Вывихъ оставался въ такомъ положе«ніи 18 мѣсяцевъ, и я думалъ, что нельзя было надѣяться инымъ ка«кимъ-нибудь способомъ поставить кость на мѣсто. Больной самъ по«стоянно просилъ сдѣлать его руку на сколько возможно болѣе полез«ною и не столь чувствительною; вотъ почему мы рѣшились прибѣг«нуть къ тому, что казалось единственно могущимъ облегчить больна«го, именно—къ резекціи головки плечевой кости, которая давленіемъ «на плечевое сплетеніе (plexus brachialis), повидимому, причиняла бо«ли. Я сдѣлалъ эту операцію; но—по прошествіи нѣсколькихъ дней «присоединилась піэмія, а къ исходу второй недѣли больной этотъ «умеръ».

«Въ этомъ случаѣ есть, однако, много обстоятельствъ, которыя «ослабляютъ порицаніе, направленное на хирурга. Человѣкъ этотъ на«стаивалъ на томъ, чтобы его оперировали и настаивалъ вопреки мо-

---

ломнина? Какъ много общаго тутъ, а между тѣмъ, какія различныя послѣдствія! Тамъ—въ Англіи—такое *несчастіе* хирурга не повлекло за собою даже судебно-медицинскаго вскрытія; а у насъ—въ Россіи—оно вызвало такое негодованіе въ толпѣ невѣжественныхъ людей, что чуткое самолюбіе хирурга побудило его наложить на себя руку.—Sic transit gloria mundi!

[1]) «Въ послѣдніе два года», говоритъ Д. Пэджетъ, «я употреблялъ только «сѣрный эфиръ, а для кратковременныхъ операцій—закись азота и пульвери«зацію эфиромъ. Неудобства эфира устраняются аппаратомъ Кловера, со«стоящимъ въ томъ, что больнаго дѣлаютъ нечувствительнымъ посредствомъ «закиси азота, а вслѣдъ затѣмъ даютъ ему эфиръ». (См. выше описанный аппаратъ Пидлея, стр. 222).

«имъ собственнымъ совѣтамъ; но, что всего хуже, благодаря упрям-
«ству, онъ не хотѣлъ подчиняться самымъ необходимымъ требованіямъ
«врача и отказывался отъ пищи, чѣмъ въ значительной степени умень-
«шилъ шансы на выздоровленіе. Какъ бы то ни было, но остается
«тотъ фактъ, что безъ операціи человѣкъ этотъ прожилъ-бы много
«лѣтъ; его рука приносила бы мало пользы, но онъ жилъ-бы, могъ-бы
«сдѣлать кое-что полезное для себя и для другихъ; а благодаря опера-
«ціи, вмѣсто того, чтобы жить многіе годы, онъ умеръ черезъ двѣ не-
«дѣли».

«Подобные случаи должны обращать на себя вниманіе всѣхъ насъ;
«я рѣшаюсь сказать, что нѣтъ хирурга, работающаго въ большомъ гос-
«питалѣ, которому не пришлось бы въ теченіи своей жизни одинъ или
«нѣсколько разъ сократить жизнь больнымъ въ то время, какъ онъ
«стремился или продолжить ее, или сдѣлать ее болѣе пріятною. Вы
«увидите, что такія приключенія бываютъ не при однѣхъ только важ-
«ныхъ операціяхъ».

«Когда больнаго подвергаютъ какой-либо большой операціи, то при
«этомъ всегда имѣется въ виду освободить его отъ чего-либо такого,
«что дѣлаетъ жизнь тягостною или даже сокращаетъ ее. Естественно,
«чтобы избѣжать такой бѣды, человѣкъ подвергаетъ жизнь свою боль-
«шому риску. Но подобныя несчастья случаются, хотя и рѣдко, и при
«такихъ операціяхъ, которыя предпринимаются не съ цѣлью продлить
«жизнь, а для того, чтобы сдѣлать послѣднюю болѣе пріятною или
«болѣе полезною. Сюда принадлежатъ: ампутація одного пальца, про-
«колъ кисты яичника, проколъ hydrocele, разсѣченіе маточной шейки,
«лигатура гэморроидальныхъ шишекъ, разрѣзъ фистулы, вылущеніе
«небольшой опухоли на лицѣ или на волосистой части головы».

«Я видѣлъ случаи смерти при всѣхъ этихъ операціяхъ; если-бы вы
«могли пробѣжать полный списокъ операцій, считаемыхъ малыми, вы
«нашли-бы, что каждый опытный хирургъ имѣетъ или имѣлъ въ своей
«своей собственной практикѣ, или видѣлъ у другихъ, одинъ или нѣ-
«сколько смертельныхъ исходовъ при всякой изъ этихъ операцій».

«Если хирургъ удалитъ ножемъ сто атеромъ (atheroma) на волоси-
«стой части головы, то — я осмѣливаюсь утверждать — одинъ или
«двое изъ его оперируемыхъ умрутъ. Всякій, кто подъ-рядъ нало-
«житъ такое же число разъ лигатуру на гэморроидальныя шишки, по
«всей вѣроятности, получитъ одинъ или два смертельныхъ исхода.
«Впрочемъ, нѣтъ надобности перечислять — что къ тому же мнѣ не по

«силамъ — всѣ подобныя операціи, чтобы показать среднюю смертность «для каждой изъ нихъ. Для васъ важнѣе всего знать, что вы, если не «будете прилагать очень большаго старанія, навѣрно будете терять «больныхъ и послѣ самыхъ малыхъ операцій, за что подвергнетесь стро-«гому осужденію».

«Но такіе случаи, составляющіе самое худшее изъ всего, что «только можетъ быть въ дѣятельности хирурга, суть не единственныя «приключенія въ ряду хирургическихъ несчастій. Мы должны отнести «сюда также всѣ тѣ случаи, когда операціи, предпринятыя противъ «относительно легкихъ пораженій, влекутъ за собою большую или «меньшую опасность или оставляютъ по себѣ навсегда такое состояніе, «которое гораздо хуже первой болѣзни. Когда, напримѣръ, по удаленіи «пальца развивается флегмона ручной кисти, послѣ чего остается не-«подвижность той или другой части ея; или когда circumcisio крайней «плоти половаго органа влечетъ за собой гангрену, или когда раз-«вивается опасная рожа на волосистой части головы и т. п.»

«Всѣ эти случаи могли бы быть предметомъ временнаго сожалѣнія, «еслибы они были вполнѣ неизбѣжными, еслибы о нихъ можно было «сказать, что они имѣютъ совершенно случайный характеръ, что пред-«видѣть ихъ и предупредить невозможно и что въ основаніи ихъ ле-«жатъ обстоятельства, надъ которыми мы не имѣемъ власти. Но истина «должна быть открыто высказана: не всегда здѣсь одна лишь случай-«ность! Но когда несчастіе совершилось и мы начинаемъ анализиро-«вать предшествовавшія обстоятельства, то часто убѣждаемся въ томъ, «что бѣдствіе было слѣдствіемъ нѣкоторой оплошности, или недоста-«точнаго осмотра, или слѣдствіемъ неправильнаго сужденія, или, нако-«нецъ, недостаточной ловкости. Не думаю, чтобы изъ этого можно было «бы выводить, будто нѣтъ подобныхъ случаевъ, которые можно было «бы назвать исключительными. *Несчастья хирургическія возмож-«ны отъ такихъ причинъ, которыя могутъ быть предвидѣны «развѣ только всевѣдѣніемъ!*»

«Послѣ операціи можетъ развиться лихорадка, ибо даже самыя ма-«лыя операціи ставятъ человѣка въ такія условія, при которыхъ онъ «дѣлается болѣе расположеннымъ, чѣмъ до операціи, къ зараженію «лихорадками. Предупредить этого мы не можемъ (?) Столбнякъ мо-«жетъ обнаруживаться послѣ незначительной операціи и не въ нашей «власти не только предовратить tetanus, но даже остановить его. Эти «случаи и другіе подобные имъ, а еще болѣе, небрежность и безпечность

«болныхъ значительно уменьшаютъ списокъ несчастій, за которыя мы «можемъ быть нравственно отвѣтственными. Однакожс, помимо этихъ «случаевъ, остается еще много другихъ, которые должны служить вамъ «предостереженіемъ, что только посредствомъ усерднаго бодрствованія «вы можете избѣгнуть несчастій, слѣдующихъ за недостаточною за-«ботливостью, ловкостью и невѣрнымъ сужденіемъ».

«Теперь я разскажу вамъ о нѣсколькихъ мнѣ извѣстныхъ случаяхъ. «Къ счастью, не всѣ они заимствованы изъ моей личной практики.»

«У одного больнаго, страдавшаго альбуминуріею, находилась на во-«лосистой части головы небольшая atheroma, которую хирургъ взду-«малъ удалить. Но вскорѣ послѣ операціи у больнаго развилась рожа, «отъ которой оперируемый умеръ. Тогда только, post mortem, открыли, «что онъ былъ одержимъ альбуминуріей, т. е., открыли такое условіе, «которое дѣлаетъ субъекта очень наклоннымъ къ заболѣванію рожей, «піэміею и тому подобными заразными болѣзнями; если бы это извѣстно «было своевременно, то ни одинъ благоразумный хирургъ не подумалъ «бы дѣлать операцію».

«Другой субъектъ былъ скрытый пьяница, но не на столько тайно, «чтобы привычка его не была извѣстна самымъ близкимъ друзьямъ «его. На привычку эту не обратили вниманія и у него былъ ампутиро-«ванъ палецъ, суставъ котораго былъ пораженъ. Чрезъ восемь или «десять дней онъ умеръ вслѣдствіе разлитаго воспаленія клѣтчатки «(phlegmone difusa) такой формы, которая наблюдается особенно у «привычныхъ пьяницъ».

«Третій больной подверженъ былъ кровоточивости (haemophilia); «хирургъ не позаботился узнать объ этой особенности, сдѣлалъ малень-«кій разрѣзъ, послѣ котораго больной умеръ отъ слабости, вызванной «неудержимымъ кровотеченіемъ».

«У четвертаго субъекта на лицѣ была небольшая опухоль; обыкно-«венное состояніе его здоровья было столь слабо, что при нѣкоторомъ «вниманіи несомнѣнно можно было предвидѣть, что онъ не вынесетъ «даже самаго слабаго шока и кровотеченія. Онъ умеръ послѣ опе-«раціи».

«Далѣе, старикъ, имѣвшій очень раздражительный мочевой пузырь «и выдѣлявшій большое количество мочи низкаго удѣльнаго вѣса, жало-«вался на нѣкоторые симптомы, указывавшіе на мочевой камень. Чтобы «отъискать послѣдній, хирургъ сталъ больнаго зондировать, но небрежно «и даже грубо. По возвращеніи домой у больнаго появился ознобъ, сдѣ-

«лалось воспаленіе мочеваго пузыря и старикъ этотъ умеръ, спустя де-
«сять дней послѣ зондированія. Если бы хирургъ позаботился прежде
«всего изслѣдовать мочу, то онъ наврядъ-ли рѣшился бы зондировать
«субъекта при такомъ состояніи мочеваго пузыря».

«Другой мужчина, при подобныхъ же условіяхъ, страдалъ воспале-
«ніемъ мочеиспускательнаго канала. Ему ввели металлическій катетеръ:
«воспаленіе обострилось, вызвало задержаніе мочи, катарръ мочеваго
«пузыря и — вслѣдствіе этого — смерть. Въ подобномъ случаѣ слѣдо-
«вало бы подождать нѣсколько дней, а не вводить катетеръ».

«Я могу указать еще много случаевъ, при которыхъ послѣ того,
«какъ уже сдѣлана была операція, обнаружилось, что своевременнымъ,
«болѣе внимательнымъ изслѣдованіемъ, или большею ловкостью и луч-
«шимъ послѣдовательнымъ уходомъ можно было бы спасти жизнь, те-
«перь погибшую, или предотвратить опасное и болѣзненное страданіе
«или постоянный недугъ. Мы должны съ большимъ вниманіемъ отно-
«ситься къ подобнымъ случаямъ. Мы всѣ обязаны принимать ихъ въ
«разсчетъ и обвинять въ нихъ себя же, ибо несчастья эти — такого
«рода, что публика не можетъ судить о нихъ. Ихъ нельзя причислить
«къ той грубой небрежности и явной безпечности, которыя можно было
«бы наказывать по законамъ и гласно. Ненужно и нежелательно,
«чтобы факты эти стали извѣстны публикѣ. Помочь намъ она не мо-
«жетъ, а сужденія о нихъ будутъ дурныя. Дѣйствительно, публика въ
«такихъ случаяхъ одинаково судитъ и хорошо, и дурно, или часто да-
«ритъ своимъ довѣріемъ тогда, когда мѣсто недовѣрію».

«Я припоминаю теперь, какъ однажды, когда былъ ассистентомъ-
«хирургомъ, я разрѣзалъ крайнюю плоть, пораженную острымъ воспа-
«леніемъ, чего не слѣдовало бы дѣлать. Больной ушелъ домой, гдѣ у
«него открылось обильное кровотеченіе изъ praeputium; затѣмъ разви-
«лось острое воспаленіе клѣтчатки половаго члена и мошонки; нако-
нецъ, показалась гангрена, распространившаяся вверхъ до паховъ.
«Онъ былъ принятъ въ госпиталь. Жизнь его подвергалась большой
«опасности; но онъ не умеръ, а долго болѣлъ и находился въ весьма
«плачевномъ состояніи. Четыре недѣли спустя въ пріемную комнату
«пришелъ какой то человѣкъ съ тѣмъ, чтобы благодарить меня за
«мое леченіе. Сначала я не узналъ его и спросилъ: «Что-же я сдѣ-
«лалъ вамъ такое»? «О, господинъ докторъ», сказалъ онъ, «не будь
«того разрѣза, который вы мнѣ сдѣлали въ первый разъ, я умеръ
«бы!» — Очевидно, этотъ больной былъ твердо убѣжденъ, что если

«бы я не сдѣлалъ того разрѣза, который былъ единственнымъ источ-«никомъ опасности, угрожавшей его жизни, то онъ долженъ былъ-бы «умереть отъ какой то ужасной болѣзни, которая якобы предотвращена «была разрѣзомъ».

«Другой примѣръ, также относящійся до ложнаго сужденія публи-«ки, былъ такого рода: Нѣсколько лѣтъ тому назадъ извѣстный хи-«рургъ одного изъ Лондонскихъ госпиталей получилъ больнаго съ ущем-«ленною грыжею. Случай не допускалъ отлагательствъ. Благодаря «крайней неосмотрительности, хирургъ разсѣкъ кишку по срединѣ гры-«жи: показался калъ, а затѣмъ, послѣдовали всѣ бурныя явленія, выз-«ванныя загрязненіемъ брюшины каловыми массами. Случай этотъ «возбудилъ вниманіе всѣхъ хирурговъ того госпиталя, за больнымъ «тщательно слѣдили и, въ концѣ концевъ, больной выздоровѣлъ».

«Его впечатлѣніе отъ всего совершившагося было таково, что онъ «считалъ разрѣзъ его кишки дѣломъ, избавившимъ его отъ какого-то «ужаснаго несчастья, и хирургу, который произвелъ такую операцію, «онъ сдѣлалъ подарокъ».

«Вотъ почему мы сами должны осуждать себя въ такихъ случаяхъ «и усердно слѣдить за всѣми дѣйствіями своихъ оперированныхъ; ибо «чѣмъ болѣе безпомощны эти жертвы нашихъ заблужденій и ошибокъ, «тѣмъ живѣе мы должны представлять себя на ихъ мѣстѣ и тѣмъ болѣе «стремиться помочь имъ».

«Я воспользуюсь случаемъ—представить вамъ нѣсколько правилъ, «при помощи которыхъ вы можете оградить себя отъ раскаянія вызы-«ваемаго несчастіями хирургіи».

«*Первое изъ этихъ правилъ таково:* мысль, что вы можете под-«вергнуться этимъ несчастіямъ, должна васъ побуждать къ самому «основательному и безпрерывному изученію вашей профессіи для того, «чтобы вы могли избѣгнуть устранимаго незнанія и поставить себѣ «неуклоннымъ правиломъ въ вашей дѣятельности—*ничѣмъ не пре-«небрегать, что можетъ служить благополучію больнаго*».

«Вы должны изучать весьма тщательно все то, что называютъ ме-«лочами врачебной профессіи. Онѣ могутъ имѣть второстепенное значе-«ніе, смотря по обстоятельствамъ, при которыхъ онѣ прилагаются къ «дѣлу; но онѣ становятся главнѣйшими, если обстоятельства эти со-«четаются между собою. Я хочу сказать о необходимости изощрять «свое искусство въ перевязкѣ ранъ, въ производствѣ операцій и при-«нимать въ разсчетъ всѣ обстоятельства, повидимому, самыя ничтож-

«ныя, но которыя, по совершеніи операціи, не только ведутъ къ удоб-
«ству для больнаго, но и къ его благополучію».

«Изъ обстоятельствъ, причинившихъ мнѣ немалое огорченіе, я упо-
«мяну объ одномъ, когда мой больной умеръ потому только, что поло-
«ска липкаго пластыря была наложена не по правиламъ хирургіи. Слу-
«чай этотъ такого рода: у молодаго человѣка я удалилъ изъ глубокихъ
«частей задней поверхности бедра опухоль; по окончаніи операціи мною
«или кѣмъ-либо другимъ—точно я не припомню—вокругъ бедра была
«наложена полоска липкаго пластыря, окружавшая со всѣхъ сторонъ
«оперируемую конечность, а сверхъ пластыря—для большей прочно-
«сти — наложена была еще повязка. На другой день вся конечность
«сильно опухла, но на видъ—немногимъ болѣе, чѣмъ это бываетъ при
«всякомъ воспаленіи, наступившемъ вслѣдствіе операціи. На слѣдую-
«щій день—конечность еще болѣе распухла, а на четвертые сутки уже
«развилось острое воспаленіе (остро-гнойный отекъ, по Пирогову)
«всей клѣтчатки, окружающей рану. Затѣмъ открылось кровотеченіе,
«отъ чего оперированный ослабѣлъ и—умеръ. Прямою причиною его
«смерти была полоска пластыря, которая наложена была вокругъ его
«конечности и въ теченіи двухъ дней не снималась».

«Съ этой минуты, я увѣренъ, никто не видалъ болѣе, чтобы я на-
«кладывалъ пластырь вокругъ конечности, а если и дѣлалъ это, то не
«иначе какъ спирально. Какъ ни казалось малымъ это обстоятель-
«ство при перевязкѣ раны, тѣмъ не менѣе, оно стоило жизни этого че-
«ловѣка. Я разсказываю вамъ объ этомъ случаѣ, имѣя въ виду загла-
«дить свою ошибку хоть тѣмъ, что не допущу васъ до подобныхъ упу-
«щеній. Усвоивайте себѣ старательно то, что называютъ *малыми пріе-
«мами хирургіи*, а не одно только искусство въ производствѣ боль-
«шихъ и малыхъ операцій; пріучайтесь предаваться совершенно и
«вполнѣ всему тому, что можетъ содѣйствовать безопасности и благо-
«получію больнаго».

«*Второе правило:* возможность такихъ несчастій должна васъ
«убѣдить въ томъ, чтобы *неиначе рѣшаться на операціи, какъ
«имѣя въ виду только интересъ больнаго*».

«Мысль о вашемъ собственномъ интересѣ, о вашей репутаціи не
«должна имѣть мѣста при обсужденіи вопроса—что надо сдѣлать тому
«или другому больному?—Если операція не прямо и не исключительно
«направляется въ пользу больнаго, то никакія разсужденія не оправ-
«дываютъ ее. Разъ операція рѣшена, вы можете къ мотивамъ, побуж-

«дающимъ васъ сдѣлать для больнаго все лучшее, что вы въ состояніи, «присоединить еще пожеланія и для вашей репутаціи; побужденіе «весьма честное къ тому, чтобы тщательно сдѣлать операцію, есть «весьма постыдное, если имъ руководствоваться при рѣшеніи вопроса— «сдѣлать или не дѣлать операціи? *Я не могу представить себѣ, «что могло-бы столь увеличить угрызеніе совѣсти человѣка, «перенесшаго одно изъ этихъ хирургическихъ несчастій, какъ воспоминаніе, что операція была сдѣлана подъ вліяніемъ разсчета о собственномъ интересѣ и собственной репутаціи».*

«Третье правило—не рѣшайтесь никогда на операцію, не «изслѣдовавъ предварительно субъекта относительно его шансовъ смерти».

«Вы должны его изслѣдовать, по крайней мѣрѣ, съ такою-же тщательностью, какая требуется отъ врача при выдачѣ свидѣтельства на «страхованіе жизни. Несомнѣнно, что столь-же почти важно, чтобы «человѣкъ послѣ операціи не умеръ или не получилъ тяжкой болѣзни, «какъ и застраховать самымъ вѣрнымъ образомъ его жизнь за нѣсколько сотъ фунтовъ стерлинговъ. Прежде, чѣмъ застраховать жизнь «человѣка, послѣдній подвергается осмотру, по меньшей мѣрѣ, одного «врача или даже полнаго собранія директоровъ страховаго общества. «Также подробно, по крайней мѣрѣ, долженъ быть изслѣдованъ тотъ «человѣкъ, которому предстоитъ операція; а это предполагаетъ общее «и честное освѣдомленіе о настоящемъ здоровьи его: какой онъ имѣетъ «видъ, въ какомъ состояніи его пульсъ и дыханіе, степень его воздержанности, его занятія; далѣе, имѣлъ-ли онъ когда-нибудь какую-либо серьезную болѣзнь и не подвергается-ли онъ вообще легкимъ заболѣваніямъ. Словомъ, чтобы составить себѣ понятіе, каково должно «быть изслѣдованіе больнаго, готовящагося къ операціи, вы можете «взять за образчикъ врачебное свидѣтельство, выдаваемое лицамъ, которыя хотятъ застраховать свою жизнь. Въ нихъ задается цѣлый «рядъ вопросовъ, которые даютъ вамъ возможность обсудить довольно «вѣрно — каковы въ данномъ случаѣ шансы человѣка дожить до извѣстнаго возраста; равнымъ образомъ слѣдуетъ взвѣсить всѣ шансы «прежде, чѣмъ приступить даже къ самой малой операціи, нетребуемой «крайнею необходимостью».

«Въ этомъ отношеніи не слѣдуйте примѣру вашихъ предшественниковъ, не исключая и меня, въ способѣ рѣшенія вопроса о томъ, можетъ-ли извѣстное лицо быть подвергнуто операціи? Не забывайте,

«что то, что *мы* можемъ извлечь изъ краткаго изслѣдованія, *вы* не въ «состояніи; именно: *умѣнье быстро схватывать условія и общую «характеристику здоровья даннаго субъекта—есть плодъ про- «должительнаго изученія*».

«Трудно указать вамъ тѣ періоды послѣдовательнаго усовершен- «ствованія, чрезъ которые проходитъ хирургъ, пока онъ научится «почти однимъ взглядомъ опредѣлять состояніе здоровья лица, къ «нему обратившагося. Но эта способность есть результатъ многихъ «періодовъ изученія, изъ которыхъ каждый пройденъ былъ съ боль- «шимъ стараніемъ. Это есть тотъ же видъ знанія, который встрѣ- «чается въ людяхъ, занимающихся другими отраслями искусства (у «художниковъ, скульпторовъ, виртуозовъ и т. п.); однакоже, оно есть «одно изъ тѣхъ спеціальныхъ умѣній, которое неиначе пріобрѣтается, «какъ путемъ внимательнаго, непрерывнаго и продолжительнаго изуче- «нія; а пока вы опытомъ не пріобрѣтете настолько умѣнья, чтобы бы- «стро рѣшать подобнаго рода хирургическіе вопросы, вы должны рѣ- «шать ихъ медленно на основаніи тщательнаго ознакомленія съ каж- «дымъ представившимся явленіемъ въ жизни даннаго больнаго».

«Если сосчитать тѣ извѣстныя мнѣ несчастья, которыя могли быть «предвидѣны, то оказалось бы, что большинство изъ нихъ произошло «вслѣдствіе незнакомства съ пороками оперированнаго лица, съ поро- «ками въ его привычкахъ, его сложенія, съ предшествовавшими бо- «лѣзнями. Въ существованіи ихъ слѣдовало убѣдиться прежде, чѣмъ «подвергать больнаго риску операціи».

«Но, съ другой стороны, разъ вы рѣшились на операцію, никогда не «дѣлайте на счетъ ея поясненій. Не говорите никогда больному съ не- «принужденнымъ видомъ, что это—«пустяки», что это—«простой «разрѣзъ» и «простое то и се».—Для непосвященнаго въ тайны ва- «шего искусства это—не пустяки; для него каждая небольшая опера- «ція—дѣло важное и онъ скорѣе будетъ досадовать, чѣмъ радоваться, «когда ему говорятъ, что все это—ничего. Вамъ нѣтъ надобности при- «водить больнаго въ безпокойство; вы можете сказать ему, что рискъ «отъ операціи не болѣе риска, которому онъ подвергается ради гораз- «до менѣе важныхъ причинъ».

«Многія лица изъ любви къ удовольствію подвергаются гораздо «большему риску, чѣмъ тотъ, который связанъ съ малою операціею. «Они путешествуютъ въ опасныхъ мѣстахъ, напримѣръ, нарочно взби- «раются на вершины Альпъ; они охотятся и, ради удовольствія, под-

«вергаютъ себя опасностямъ, усталости, холоду, растройствамъ же-«лудка и другимъ заболѣваніямъ. Въ такомъ видѣ вы, какъ врачъ, «можете законнымъ образомъ прикрыть свою отвѣтственность и вну-«шить вашему больному нѣкоторую долю боязни, сказавъ ему, что «рискъ отъ предложенной операціи не болѣе риска отъ той или другой «опасности, которой онъ подвергаетъ себя весьма часто ради удоволь-«ствія. Если же вы не можете сказать, что рискъ не болѣе того, какимъ «онъ долженъ быть для ожидаемаго блага больному, то вы не должны «дѣлать операціи».

«Что касается пользы, которую можетъ принести операція, то оцѣ-«нить ее въ большинствѣ случаевъ въ состояніи только хирургъ. По-«этому въ очень многихъ случаяхъ вы должны брать на себя всю от-«вѣтственность, ибо больные при рѣшеніи вопроса—подвергаться или «не подвергаться операціи—могутъ руководствоваться лишь нашимъ «собственнымъ мнѣніемъ и большинство изъ нихъ неспособно судить «ясно и здраво объ этомъ мнѣніи».

«Но есть одинъ разрядъ операцій, который я назвалъ бы «декора-«тивною» хирургіею; въ этомъ случаѣ мы можемъ большую часть от-«вѣтственности сваливать на больныхъ. Такъ, напримѣръ, когда люди «желаютъ подвергаться той или другой операціи, имѣющей цѣлью толь-«ко одно благообразіе, а не благосостояніе, тогда дайте понять имъ, «что предпринимаемая операція не вполнѣ чужда опасности и вся от-«вѣтственность падаетъ на нихъ самихъ».

«Предположимъ, что операція рѣшена; тогда относительно выполне-«нія ея вы должны соблюдать нѣкоторыя правила, имѣющія цѣлью «предотвратить несчастья.—Прежде всего не будьте очень склонны «оперировать въ вашей собственной квартирѣ. Нѣкоторые хирурги «довольно часто грѣшатъ противъ этого правила и, такимъ образомъ, «безъ особенной нужды подвергаютъ себя риску. Томасъ Близардъ [1]), «(Thomas Blizard), бывшій въ свое время однимъ изъ лучшихъ хирур-«говъ въ Лондонѣ, сдѣлалъ однажды такого рода оплошность: когда «городская практика только начинала ему улыбаться, къ нему на квар-«тиру пришелъ посовѣтоваться одинъ вліятельный купецъ, который «покровительствовалъ Близарду, какъ молодому хирургу, съ семей-«ствомъ котораго онъ былъ знакомъ. Купецъ пришелъ къ нему утромъ, «показалъ ему опухоль (atheroma), сидѣвшую у него на спинѣ, и про-

---

[1]) Современникъ и другъ знаменитаго Джона Гёнтера.

«силъ ее вырѣзать; тотчасъ же это и было сдѣлано.—Купецъ отправился домой, получилъ рожу и черезъ дней десять—умеръ. Не знаю, «какія бѣды повлекъ за собою этотъ случай тотчасъ же; но мнѣ из- «вѣстно, что Близардъ впослѣдствіи разсказывалъ о немъ съ боль- «шимъ сожалѣніемъ и что на его долю въ этомъ несчастіи выпало то, «что доходъ его въ теченіи этого года уменьшился на 50% и не скоро «потомъ снова поднялся».

«Вы можете сдѣлать операцію самымъ ловкимъ образомъ и съ же- «лаемымъ стараніемъ, но вы не можете знать, что послѣ того будетъ «дѣлать больной съ нанесенною ему раною. Позвольте мнѣ посовѣто- «вать вамъ также не зондировать больнаго въ первый разъ и не вво- «дить катетра впервые въ вашей квартирѣ человѣку, общее здоровье «котораго подозрительно».

«Далѣе, обращайте самое тщательное вниманіе на квартиру или «домъ, въ которыхъ живетъ вашъ паціентъ и ограждайте себя, на «сколько возможно, отъ всякихъ случайностей, окружающихъ домаш- «нюю обстановку оперируемаго больнаго. Другими словами, тщательно «изучите санитарныя условіи того помѣщенія, въ которомъ вы намѣ- «реваетесь предпринять операцію».

«Наибольшимъ горемъ, когда либо постигшимъ меня, я обязанъ «одному господину, у котораго разрѣзалъ praeputium при незалупѣ. «Случай былъ довольно тяжелый и помочь ему надо было непремѣнно; «я разсѣкъ только крайнюю плоть половаго органа и больше ничего «не дѣлалъ: не наложилъ шва и не сдѣлалъ ничего такого, что могло «бы нарушить правильное теченіе раны. А между тѣмъ за разрѣзомъ «послѣдовала гангрена кожи, охватившая двѣ трети члена и почти «всю мошонку.—Когда операція уже была сдѣлана, я, отъискивая во- «кругъ себя причину этого несчастья, нашелъ, что больной, хотя и «жилъ въ очень хорошей гостинницѣ, имѣлъ въ своей спальнѣ пере- «носный ватеръ-клозетъ. До операціи я осмотрѣлъ комнату, и не безъ «вниманія, съ тою цѣлью, чтобы узнать—не имѣетъ ли она въ себѣ «чего-нибудь такого, что могло быть причиною упомянутаго приключе- «нія; мнѣ все показалось хорошимъ. Между тѣмъ то, что я принялъ «за библіотечной шкапъ или за другую подобнаго рода мебель, былъ «ватерклозетъ, поставленный въ спальнѣ въ томъ неопрятномъ видѣ, «въ какомъ отхожія мѣста нерѣдко встрѣчаются въ Лондонскихъ го- «стинницахъ. Подобныя вещи вовсе не рѣдкость даже въ самыхъ луч- «шихъ меблированныхъ комнатахъ или гостинницахъ Лондона. Проис-

«ходитъ это оттого, что всякій джентельменъ, нанимая себѣ комна-«ту, желаетъ, ради чистоплотности, имѣть свой особенный ватерклозетъ или, по крайней мѣрѣ, одинъ таковой на нѣсколько комнатъ, а «потому содержатель гостинницы помѣщаетъ его въ самой спальнѣ: «тамъ, гдѣ долженъ быть шкапъ для платья, онъ ставитъ ватерклозетъ, украшаетъ его и придаетъ ему видъ приличной мебели.—Благодаря этому-то обычаю, мною оперированный больной лишился покрова своего половаго органа и мошонки.—Повторяю, осмотрите съ «самымъ большимъ вниманіемъ санитарныя условія, доступныя вамъ, «и дѣлайте осмотръ даже въ самыхъ лучшихъ домахъ и гостинницахъ».

«Наконецъ, слѣдуйте гуманному правилу — *никогда не дѣлайте «операціи, если можете вылечить больнаго какими-либо раціональными медицинскими (терапевтическими) или механическими средствами*».

Нѣкоторые выводы.

Въ этой клинической бесѣдѣ одного изъ опытныхъ клиницистовъ англійской школы хирургіи читатель знакомится съ нѣкоторыми нравами и обычаями врачебной корпораціи, которые имѣютъ универсальное значеніе. Правда, нѣкоторыя мысли, высказанныя Джемсомъ Пэджетомъ 12 лѣтъ тому назадъ, покажутся теперь отсталыми, несогласными съ новѣйшими воззрѣніями о патогенезѣ заразительныхъ формъ болѣзней; но его общіе выводы и указанія молодымъ хирургамъ — какъ оградить больныхъ отъ всякихъ случайностей, влекущихъ за собой весьма прискорбныя для хирурга явленія—по-нынѣ не потеряли своего практическаго значенія.

Какъ ни высоко онъ ставитъ хирургію, какъ науку, какъ ни глубоко онъ вѣритъ въ нее, какъ въ искусство, тѣмъ не менѣе, онъ долженъ сознаться, что въ иныхъ случаяхъ предпринятая операція сокращаетъ жизнь больнаго совершенно неожиданно для самаго оператора. Поэтому Пэджетъ думаетъ, что *всякая операція есть нѣкотораго рода рискъ*. Такое убѣжденіе дѣлаетъ хирурга болѣе осмотрительнымъ, болѣе консервативнымъ и, что важнѣе всего, болѣе гуманнымъ операторомъ. Я полагаю, что только тотъ хирургъ, который не въ состояніи предвидѣть опасностей, дѣлается чрезмѣрно смѣлымъ и потому онъ нерѣдко платитъ весьма большую дань за свою непозволительную смѣлость.

Труды Морранъ-Бэкера.

В. Морранъ Бэкеръ (William Morrant Backer) кончилъ курсъ медицинскихъ наукъ въ колледжѣ St. Bartholomew's hospital, гдѣ онъ съ 1861 г. читалъ физіологію. Въ 1864 г. онъ получилъ званіе члена

«Королевской Коллегіи Хирурговъ» въ Англіи (F. R. C. S.) и принялъ должность хирурга въ томъ же госпиталѣ; съ того же времени онъ завѣдуетъ одною изъ хирургическихъ клиникъ. Изъ литературныхъ трудовъ М. Бэкера я могу указать на слѣдующіе:

1) «*Statistics of Cancer.*» [Статистика раковыхъ опухолей [1])].

2) «*Necrosis without suppuration*». [О некрозѣ костей безъ нагноенія [2])].

3) «*Aneurisms which do not pulsate*». [О непульсирующихъ аневризмахъ [3])].

4) «*Removal of the tongue by median division*». [Изсѣченіе языка срединнымъ разрѣзомъ [4])].

5) «*Diseases of the kidney which require surgical operation, illustrated by cases Nephrotomy, Nephrectomy and renal Lithotomy*». [О болѣзняхъ почки, требующихъ хирургическихъ операцій съ описаніемъ случаевъ nephrotomiae, nephrectomia и почечной lithotomiae [5])].

6) «*Ostitis of the femur*». [О воспаленіи кости бедра [6])].

7) «*On the treatment of certain cases of delirium with insomnia*». [О леченіи нѣкоторыхъ случаевъ бѣлой горячки снотворными средствами [7])]. Авторъ совѣтуетъ безпокойныхъ больныхъ, страдающихъ бѣлой горячкой (delirium tremens), захлороформировать, а затѣмъ, впрыскивать имъ подкожно небольшія дозы морфія.

8) «*Joint disease in connection with locomotor ataxy*». [Болѣзнь суставовъ въ связи съ локомоторной атаксіей [8])].

Труды Томаса Смитса.

III. Томасъ Смитсъ (Thomas Smith) также воспитанникъ St. Bartholomew's колледжа. Съ 1858 г. онъ состоитъ членомъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» въ Англіи (F. R. C. S.). Въ настоящее время онъ занимаетъ клиническую кафедру при St. Bartholomew's hospital. Изъ его литературныхъ трудовъ я могу указать слѣдующіе:

1) «*Minor-Surgery*». (Руководсгво къ малой хирургіи); оно выдержало уже нѣсколько изданій.

---

[1]) См. «Transact. Med. Chir. Society», т. XLV.
[2]) См. Ibid. т. LX.
[3]) См. «St. Bartholomew's hospit. Reports», т. XV.
[4]) См. «Lancet». 1880 г.
[5]) См. Trans. Internation. Med. Congress. 1881.
[6]) См. «Transact. of the Pathol. Society» 1882, стр. 165.
[7]) См. «St. Bartholomew's hospit. Reports», т. XX, 1884.
[8]) См. Trans. «Clinic. Society». 1885.

2) «*On the cure of cleft palate by operation in children*». (О леченіи расщеповъ твердаго нёба у дѣтей оперативнымъ путемъ [1])].

3) «*On Nephrotomy* [2]).

4) «*Lectures on M-r Lister's treatment of wounds and abscesses by the antiseptic method*». [Лекціи о Листеровскомъ способѣ леченія ранъ антисептическими средствами [3])].

5) «*Treatment of ruptured perineum*». [Леченіе разрывовъ промежности [4])].

6) «*On suprapubic puncture of the bladder*». [О надлобковомъ прокалываніи мочеваго пузыря [5])]. Авторъ указываетъ преимущества этого пути для опорожненія мочеваго пузыря предъ проколомъ пузыря чрезъ прямую кишку, особенно часто практикуемымъ въ Англіи; свои выводы онъ подтверждаетъ 9-ю случаями изъ собственной практики.

7) «*Case of spinal concussion with probable fracture of cervical spine*». [Случай сотрясенія спиннаго мозга съ вѣроятнымъ переломомъ шейной части позвоночника [6])].

8) «*A case in which a pocket-knife remaind for seven mouth in the postpharyngeal tissue*». [Случай семимѣсячнаго пребыванія карманнаго ножа въ заглоточной клѣтчаткѣ [7])]. Этотъ случай весьма курьезный: 62-лѣтняя психически больная женщина всунула себѣ въ глотку карманный ножъ съ открытымъ концемъ лезвея; три часа спустя изслѣдователю нельзя было найти зондомъ инороднаго тѣла ни въ глоткѣ, ни въ пищеводѣ; только по лѣвой сторонѣ нёбной занавѣски замѣтна была небольшая рана. Въ первые дни больная страдала немного; но вскорѣ обнаружились явленія затрудненнаго глотанія и только 7 мѣсяцевъ спустя она умерла отъ остраго кровотеченія. При вскрытіи оказалось, что ножъ помѣщался въ небольшой полости впереди позвоночника и лежалъ параллельно оси послѣдняго; вправо отъ ножа помѣщались глотка и пищеводъ, а кнаружи найдена была опухшая и вскрытая сонная артерія. Верхній конецъ полости сообщался посред-

---

[1]) См. «Med. Chir. Transactions», т. LI.

[2]) См. «Med. Chir. Transactions», т. LII.

[3]) См. «The Lancet» 1876 г.

[4]) См. «St. Bartholomew's hospit. Reports», т. XI.

[5]) См. Ibid. т. XVIII. 1882.

[6]) См. «The Lancet». 1884.

[7]) См. «St. Bartholomew's hospitals Reports», т. XIX.

ствомъ небольшаго отверстія съ глоткою позади лѣвой дуги — arcus glosso-pharyngeus.

Изъ этого краткаго перечня литературныхъ трудовъ Пэджета, Бэкера и Т. Смитса читатель можетъ убѣдиться въ томъ, что представители школы St. Bartholomew's hospital стоятъ на современномъ уровнѣ развитія хирургіи и, помимо своей широкой преподавательской дѣятельности, они неукоснительно работаютъ на научно-литературномъ поприщѣ. Заканчивая свой очеркъ объ этой школѣ, я позволю себѣ замѣтить, что традиціи, внесенныя въ St. Bartholomew's hospital знаменитыми анатомо-хирургами Персивалемъ-Поттомъ и Джономъ Гёнтеромъ, понынѣ служатъ твердыми основами этой школы хирургіи.

Литературные источники:

1) Marcready and F. Eve. *Statistical tables of St. Bartholomew's hospital during 1883 year.* London 1884.

2) Oppert. *Hospitals, Infirmaries and Dispensaries.* London 1883. стр. 132 и слѣд.

3) Kappeler. *Beiträge zur Lehre von den Anaestheticis* (см. Langenbeck's Archiv, т. XXXVII. стр. 364).

4) Freeman. *A few words upon anaesthetics.* London 1883, стр. 38 и слѣд.

5) Яковлевъ и Левицкій. *Отчетъ хирургической клиники проф. Н. В. Склифосовскаго за 1880—1884 г.* Москва 1885.

6) Куцеволъ-Артемовскій. *Отчетъ хирургической факультетской клиники университета Св. Владиміра.* Кіевъ 1885 г.

7) Oberst. *Die Amputationen unter dem Einflusse der antiseptischen Behandlung.* Halle 1882.

8) Пауль. *Консервативная хирургія членовъ.* Переводъ съ нѣмецкаго. СПБ. 1862, стр. 34 и слѣд.

9) James Paget. *Clinical lectures and essays.* London 1877.

10) Morrant Backer. *On the treatment of certain cases of delirium with insomnia.* (см. St. Bartholomew's hospital's Reports, т. XX. 1884).

11) Thomas Smith. *On suprapubic puncture of the bladder.* (Ibidem. т. XVIII. 1882).

12) Тотъ-же авторъ: *A case in which a pocken-knife remaind for seven mouth in the postpharyngeal tissue.* (Ibidem, т. XIX, 1883).

ГЛАВА VIII.

London hospital and Medical College. Топографическое положеніе госпиталя и особенность его контингента больныхъ. — Планъ и внутреннее устройство London hospital. — Статистика смертности больныхъ названнаго госпиталя за послѣднія 40 лѣтъ. — Медицинская школа. — Нѣчто о преподавателяхъ этой школы. — Проф. Ривингтонъ, какъ операторъ —*Aneurysma arteriae femoralis*; *ligatura arteriae iliacae externae. Extirpatio lymphomatis colli.* — Конституція хирургическихъ палатъ. — Критическій разборъ нѣкоторыхъ отдѣловъ книги проф. Гётчинсона: «*Illustrations of Clinical Surgery*». — О причинахъ смерти травматическихъ поврежденій головы по Гётчинсону. — О вліяніи причины поврежденія на продолжительность жизни поврежденнаго. — *Операція* Лореты, произведенная Тревсомъ. — Нѣсколько словъ о руководствѣ къ топографической анатоміи «*Surgical Applied Anatomy*», изданномъ Тревсомъ. — *Теорія переломовъ черепа.* — Курьезный случай раненія черепа. — Переломы *свода* черепа (fracturae verticis cranii). — Переломы *основанія* черепа (fracturae basis cranii). — Нѣкоторые практическіе выводы изъ представленной теоріи переломовъ. — Біографическія и библіографическія свѣдѣнія о Ривингтонѣ, Гётчинсонѣ и Тревсѣ. — Литературные источники.

Второй обширный госпиталь въ столицѣ Англіи есть «*London hospital*» основанный въ 1740 г. Онъ помѣщается на Whitechapel Road E., въ центрѣ мануфактурныхъ фабрикъ, вблизи главныхъ доковъ Лондона и центральныхъ вокзаловъ подземной желѣзной дороги. Благодаря такому топографическому положенію, въ этотъ госпиталь стекается масса больныхъ, подвергающихся различнымъ травматическимъ поврежденіямъ, въ чемъ нетрудно убѣдиться по слѣдующимъ статистическимъ даннымъ за 1884 г.: Топографическое положеніе госпиталя и особенность его контингента больныхъ.

Коечныхъ больныхъ принято:

свободно	съ случайными заболѣван. .	2,480 чел.	5,604	8,015
	» съ внезапн. травм. повр.	3,124 »		
	по рекомендаціи попечителей госпиталя .		2,411	

Приходящихъ больныхъ:

свободно	съ случайными заболѣван.	6,179 чсл.	43,693	64,598
	» внезапн. травм. повр.	37,514 »		
	по рекомендаціи жертвователей		20,905	

Слѣдовательно, въ London hospital врачи постоянно имѣютъ дѣло съ такъ называемою *травматическою эпидеміею*, по выраженію Н. И. Пирогова; тѣмъ не менѣе, смертность подобныхъ больныхъ здѣсь невелика; такъ, изъ 4,589 хирургическихъ коечныхъ больныхъ умерло всего 238, что составляетъ 5,19%, тогда какъ терапевтическое отдѣленіе того же London hospital даетъ среднимъ числомъ 14,81% смертности. Среднее пребываніе хирургическаго больнаго = 26,23 дня; тоже терапевтическаго больнаго = 29,08 дня [1]).

Всего въ названномъ госпиталѣ числится 800 постоянныхъ коекъ, которыя распредѣлены по слѣдующимъ отдѣленіямъ:

1) хирургическое	334	койки.
2) терапевтическое	300	»
3) гинекологическое	26	»
4) дѣтское (до 7 лѣтъ)	68	»
5) офтальмологическое	12	»
6) отдѣленіе спеціальн. болѣзней [2]).	60	»
	800	»

Содержаніе каждой койки обходится въ годъ 67 ф. 16 ш. 2 пенса (т. е., около 680 руб. по курсу), а содержаніе каждаго коечнаго больнаго во все время его пребыванія въ госпиталѣ = 5 ф. 2 ш. 5 пен. (51 рубль); дневное пребываніе коечнаго больнаго среднимъ числомъ обходится 3 ш. 8½ пенсовъ (около 1 р. 85 к.). Я привожу эти голыя числа съ тою цѣлью, чтобы показать читателю до какой громадной цифры доходитъ частная благотворительность англичанъ на потребности болѣющаго люда Лондона! Одинъ лишь London hospital имѣетъ расходовъ въ годъ 1.250,000 руб., изъ этой суммы 740,000 руб. собираются ежегодно добровольными пожертвованіями (by voluntary contributions).

Хотя администрація этого госпиталя, главнымъ образомъ, сосредо-

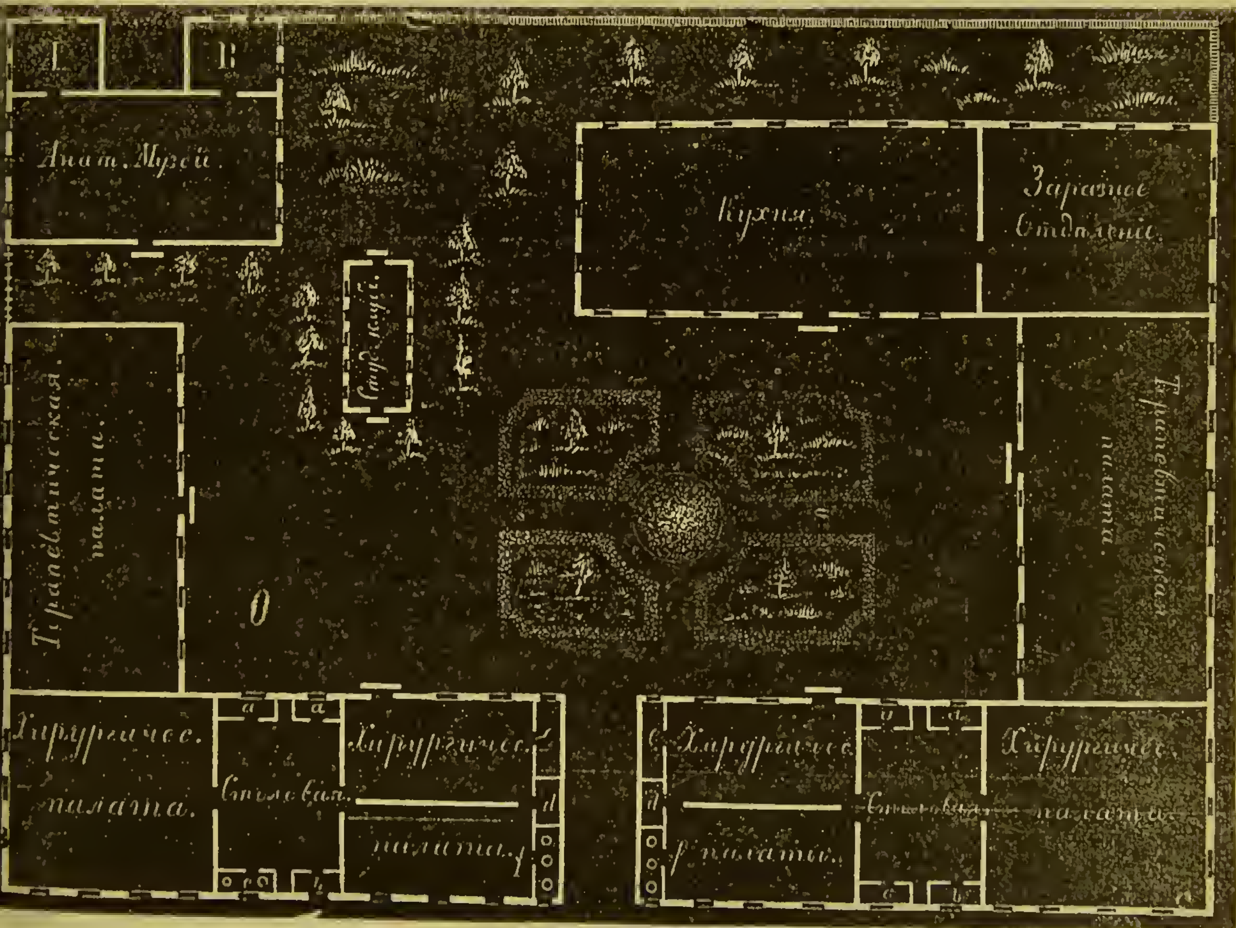
[1]) Всѣ эти числовыя данныя заимствованы изъ «*Annual Report for 1885 year of the London hospital*».

[2]) Сюда относятся: раковыя страданія, свищи мочеиспускательнаго канала и т. п.

точивается въ рукахъ «попечителей» (governors) и «жертвователей» (subscribers), тѣмъ не менѣе, около $^3/_4$ всего числа больныхъ пользуются услугами больницы «свободно» (free) и только $^1/_4$ числа больныхъ поступаютъ въ госпиталь по рекомендаціи соревнователей London hospital (см. выше, глава I).

При такомъ характерѣ больничнаго учрежденія, само собою разумѣется, что въ немъ помѣщаются больные со всякаго рода болѣзнями. Поэтому въ описываемомъ госпиталѣ находятся различныя спеціальныя отдѣленія, какъ, напр., для ушныхъ, накожныхъ, для рожениць и т. п. больныхъ; но, кромѣ того, встрѣчаются такія спеціальности, одно названіе которыхъ, по всей вѣроятности, вызоветъ у русскаго читателя не малое удивленіе: такъ, для примѣра я укажу на отдѣленія (departements): гэморроидальныхъ больныхъ, фистулъ, раковыхъ опухолей вообще и т. п.

Рис. 38.



Планъ London hospital.

a—комнаты дежурной сидѣлки; *b*—комната сестры милосердія; *c*—ватеръ-клозеты; *d*—умывальная комната; *e*—чайная кухня; *f*—ванныя комнаты. *A*—кабинетъ топографич. анатоміи; *B*—кабинетъ для гистологич. работъ.

План и устройство London hospital.

Вообще зданія больницы London hospital образуютъ собою большой четырехугольникъ (см. рис. 38), открытый только съ одной стороны. Во дворѣ раскинутъ небольшой садъ и кое-гдѣ разсажены деревья и кусты. Главное фронтовое зданіе состоитъ изъ четырехъ этажей, гдѣ больничныя палаты расположены такъ, какъ указано въ прилагаемомъ при семъ планѣ (см. рис. 38). Общее расположеніе помѣщеній въ хирургическомъ отдѣленіи слѣдующее: между двухъ большихъ палатъ находится столовая комната, откуда ведутъ двери,—съ одной стороны,—въ помѣщенія дежурныхъ сидѣлокъ (a, a), а съ другой стороны, въ комнату для сестры милосердія (b) и ватерклозеты (c). Въ этой столовой комнатѣ свѣта очень мало.—Вблизи палатъ имѣются еще отдѣльныя помѣщенія для чайной кухни (e), умывальной (d) и ванной (f).

Въ старомъ зданіи больницы обширныя палаты раздѣляются продольною стѣною на двѣ половины вслѣдствіе чего послѣднія освѣщаются съ одной только стороны. Палата въ 7 оконъ (какъ *Backer's ward* или *George's ward*) служитъ помѣщеніемъ для 16 коекъ, разставленныхъ въ два ряда. Отопленіе въ палатахъ паровое. Кромѣ открытыхъ каминовъ, служащихъ больше для вентиляціи, нежели для отопливанія, провѣтриваніе палатъ производится еще помощью особенныхъ отдушниковъ, вдѣланныхъ въ потолкахъ и стѣнахъ палаты.

Въ новыхъ флигеляхъ, называемыхъ *Alexandra wing and Grocer's company wing* палаты расположены нѣсколько лучше и потому въ нихъ освѣщеніе и вентиляція воздуха болѣе усовершенствованы; но, въ общемъ, зданіе London hospital не лучше нашихъ обыкновенныхъ городскихъ больницъ (какъ Обуховская въ Петербургѣ, и больница Св. Духа въ Варшавѣ), а въ нѣкоторомъ отношеніи гигіэническая обстановка въ первомъ много хуже послѣднихъ. Удушливый специфическій запахъ, который преслѣдуетъ васъ повсюду при визитаціи London hospital, напоминаетъ вамъ очень живо наши большія военныя и гражданскія больницы.

Статистика смертности.

Пересматривая статистическія таблицы за послѣднія 40 лѣтъ, приложенныя къ отчету London hospital за 1885 г., я замѣтилъ, что общая цифра смертности въ этой больницѣ колеблется между 6,25% и 12,25% въ годъ; бывало время, когда смертность доходила до ужасающей цифры; напр., въ 1866 году, во время господствованія холеры, смертность въ описываемомъ госпиталѣ достигала 37,80%. Изъ тѣхъ же таблицъ видно, что наименьшій процентъ смертности наблюдался въ сороковыхъ и пятидесятыхъ годахъ; въ послѣдніе же годы общая

цифра смертности не опускаетъ ниже 9,83°/₀. Не указываютъ ли намъ эти факты, что большія вмѣстилища больныхъ, какъ London hospital и St. Bartholomew's hospital, съ теченіемъ времени пропитываются до того міазмами, что никакія усовершенствованныя санитарныя мѣры не могутъ низвести процентъ смертности больныхъ до возможнаго минимума?

Медицинская школа при описываемомъ госпиталѣ есть одна изъ старѣйшихъ школъ Лондона, въ которой еще въ 1775 году курсъ медицинскихъ наукъ преподавался въ объемѣ и по программѣ медицинскаго факультета Эдинбургскаго университета. Дѣлами колледжа завѣдуетъ особенный совѣтъ, такъ назыв. *College board*, въ составъ котораго входятъ 6 членовъ, выбранныхъ изъ административныхъ лицъ госпиталя, и 6 членовъ, выбранныхъ изъ среды госпитальныхъ врачей; секретарь этого совѣта состоитъ въ то же время ректоромъ колледжа. Такимъ образомъ, интересы медицинской школы тѣсно связаны съ таковыми самаго госпиталя. Медицинская школа.

Учебныя учрежденія школы совершенно отдѣлены отъ больницы, хотя они помѣщаются въ томъ же зданіи. На приложенномъ планѣ London hospital (см. рис. 38) указана только часть учебно-образовательныхъ учрежденій колледжа; кромѣ того, здѣсь имѣются двѣ просторныя аудиторіи, анатомическая зала, нѣсколько лабораторій, три музея, библіотека, студенческая читальня и т. п. учрежденія, вполнѣ приспособленныя для практическаго изученія вспомогательныхъ наукъ медицины. Изъ особенностей, замѣченныхъ мною въ этомъ колледжѣ, я укажу на небольшой кабинетъ хирургической анатоміи (см. *A* рис. 38), гдѣ я видѣлъ много превосходно приготовленныхъ препаратовъ по топографической анатоміи, и весьма практично приспособленную лабораторію для гистологическихъ изслѣдованій (см. *B* рис. 38).

Во дворѣ больницы, вблизи анатомическаго музея, находится особенная столовая для студентовъ, назыв. студентическимъ клубомъ (students club), гдѣ за относительно дешевую плату учащійся можетъ имѣть весьма хорошій завтракъ и обѣдъ.

Отмѣтимъ еще одно явленіе изъ жизни этого учрежденія. 21-го мая 1887 года при London hospital открыта новая община госпитальныхъ сидѣлокъ (Nursing home); вновь устроенное зданіе этой общины обошлось 100,000 руб. и имѣетъ особенныя спальныя помѣщенія для 100 денныхъ и 50 ночныхъ сидѣлокъ. При открытіи этой общины присутствовали принцъ и принцесса Уэльскіе и ихъ дочери. Въ

тотъ же день открыты новыя лабораторіи London College, которыхъ стоимость обошлась до 150,000 руб. (по курсу).

Нѣчто о преподавателяхъ этой школы.

Изъ первыхъ преподавателей этой медицинской школы можно указать на Генри Томсона (Henry Thomson) — знаменитаго въ свое время анатома; въ 1753 году онъ былъ избранъ на кафедру клинической хирургіи, которую онъ занималъ до 1780 (годъ его смерти). Въ 1781 г. Уильямъ Близардъ (Sir William Blizard) получилъ право читать два курса лекцій — по анатоміи и хирургіи — съ демонстрированіемъ препаратовъ. По его иниціативѣ и отчасти на пожертвованныя имъ денежныя средства медицинская школа при London hospital была устроена по образцу медицинскаго факультета Эдинбургскаго университета.

Изъ выдающихся современныхъ дѣятелей этой школы я укажу на Дж. Гётчинсона (J. Hutchinson)—консультанта по хирургіи, Ривингтона (Rivington), Ф. Тревса (Frederick Treves), Уоррена Тая (Warren Tay) и Коупера (Couper) и Мэкъ-Кэрсзи (Mac-Carthy) — клиницистовъ по хирургіи и Мореля Мэкензи (Morell-Mackenzie) — знаменитаго ларинголога.

Съ оперативной дѣятельностью хирурговъ этой школы я лично познакомился при операціяхъ Ривингтона, который въ моемъ присутствіи наложилъ лигатуру на наружную подвздошную артерію ради аневризмы бедренной артеріи.

Aneurysma art. femoralis.—Ligatura art. iliacae externae.

Наблюденіе XXX. **Aneurysma arteriae femoralis dextrae. — Ligatura arteriae iliacae externae.** Мужчина среднихъ лѣтъ, хорошаго тѣлосложенія и питанія, страдалъ опухолью въ правомъ паху, соотвѣтственно Пупартовой связкѣ; опухоль эта развивалась постепенно, а въ день операціи представлялась величиною въ куриное яйцо; покровы на ней были нормальны. При ощупываніи этой области ощущались характерныя «мурлыканье» и пульсація. Правая нижняя конечность, по наружному виду, ничѣмъ не отличалась отъ лѣвой (здоровой) конечности; только пульсъ въ артеріяхъ (подколѣнной, заднеберцовой и друг.) правой конечности былъ значительно слабѣе, нежели въ лѣвой конечности.

Техника операціи (21/vii, 1885). Правый пахъ былъ выбритъ и тщательно обмывался растворомъ карболовой кислоты. Непосредственно до операціи пущенъ въ ходъ паровой распылитель (spray). Больной захлороформированъ.

a) Операторъ *провелъ полукружный разрѣзъ параллельно Пу-*

партовой связкѣ, по направленію вверхъ къ верхне-передней ости подвздошной кости, при этомъ онъ разсѣкалъ покровы передней стѣнки живота послойно и, дойдя до поперечной фасціи, онъ б) *пальцами*, весьма осторожно, *отдѣлилъ послѣднюю отъ Пупартовой связки и*, такимъ образомъ, *обнажилъ наружную подвздошную артерію* непосредственно выше аневризматической опухоли; в) затѣмъ операторъ помощью пинцета и желобоватаго зонда *вскрылъ влагалище артеріи* на протяженіи сантиметра или двухъ и г) *подвелъ* подъ сосудъ *шелковую лигатуру*, которую онъ затянулъ хирургическимъ узломъ и обрѣзалъ нить повыше узла. — Вставивъ въ уголъ раны короткій, толстый дренажъ, онъ сшилъ рану узловатымъ швомъ.

Повязка, наложенная на мѣстѣ раны, состояла изъ слѣдующихъ слоевъ: нѣсколько комковъ желтой (карболизованной) марли, поверхъ этого широкая пелена изъ той же марли, покрывавшая нижнюю часть туловища и верхнюю половину праваго бедра, а вся повязка закрѣплялась фланелевымъ бинтомъ.

Какъ только операторъ затянулъ лигатуру, пульсъ въ аневризмѣ, равно какъ во всей нижней конечности, исчезъ. Поэтому операторъ счелъ нужнымъ обложить конечность ватой, забинтовать ее фланелевымъ бинтомъ и подвѣсить стопу на уровнѣ выше туловища.

Наблюденіе XXXI. Exstirpatio lymphomatis colli. У молодаго человѣка, средняго возраста, образовалась опухоль въ области правой сонной артеріи величиною въ гусиное яйцо; она представлялась рѣзко ограниченною, плотною и подвижною, но сидѣла довольно глубоко подъ среднимъ апоневрозомъ шеи. Д-ръ Ривингтонъ опредѣлилъ, что онъ имѣетъ предъ собою *lymphoma*, которую слѣдуетъ вылущить in toto. Exstirpatio lymphomatis colli.

Техника операціи (21/VII, 1885). Больнаго захлороформировали; операціонное поле выбрили и обмыли карболовой кислотой; spray не примѣнялся. а) Операторъ *провелъ разрѣзъ вдоль внутренняго края грудино-сосцевидной мышцы* и разсѣкалъ послойно всѣ слои, покрывавшіе опухоль; при этомъ онъ тщательно обходилъ наружную яремную вену, которая представлялась въ данномъ случаѣ расширенною и смѣщенною кнаружи. б) Обнаживъ средній апоневрозъ шеи, онъ разсѣкъ его по желобоватому зонду и *тупымъ корешкомъ скальпеля сталъ вылущивать опухоль изъ ея сумки;* послѣдняя еще не была тѣсно спаяна съ паренхимою желѣзы; при этомъ моментѣ приходилось перерѣзывать нѣкоторыя мелкія артеріи, которыя тотчасъ

же захватывались въ торсіонные пинцеты и перевязывались ассистентомъ. в) Такимъ образомъ оператору *удалось вылущить всю опухоль* безъ обильнаго кровотеченія. По удаленіи опухоли, на днѣ раны виденъ былъ сосудисто-нервный пучекъ шеи: сонная артерія явно пульсировала. Полость раны тщательно обмывалась 2% растворомъ карболовой кислоты и края кожной раны сшивались шелковымъ швомъ.

Повязка состояла изъ небольшаго марлеваго компресса, смазаннаго іодоформеннымъ вазелиномъ, поверхъ этого слой ваты и фланелевый бинтъ.

При этихъ двухъ, хотя и обыденныхъ операціяхъ нетрудно было замѣтить, что д-ръ Ривингтонъ дѣйствуетъ ножемъ весьма сознательно, увѣренно и осторожно; его оперативная техника производитъ на зрителя пріятное впечатлѣніе тѣмъ, что она весьма демонстративна. Во время операціи онъ неоднократно приглашаетъ къ столу нѣкоторыхъ слушателей, которымъ онъ предоставляетъ возможность изслѣдовать операціонное поле и убѣдиться въ справедливости сказаннаго при клиническомъ разборѣ даннаго случая. Аудиторія д-ра Ривингтона посѣщается студентами весьма охотно. По общимъ его пріемамъ видно, что онъ послѣдователь Листерова ученія; но антисептическія мѣры онъ примѣняетъ съ недостаточною строгостью. Въ хирургическихъ палатахъ Ривингтона можно видѣть много оперированныхъ, у которыхъ раны протекаютъ безгнилостно; но между ними нерѣдко встрѣчаются и оперированные больные съ гноящимися ранами.

Конституція хирургическихъ палатъ.

Вообще въ London hospital конституція хирургическаго отдѣленія представляетъ много сходнаго съ тѣмъ, что мы видѣли въ St. Bartholomew's hospital; и здѣсь раны протекаютъ вообще недурно, но далеко небезупречно: обильное нагноеніе послѣ разрѣзовъ флегмонъ или при хроническихъ язвахъ составляетъ обыденное явленіе въ London hospital. Въ виду этого я считаю излишнимъ далѣе останавливаться на отдѣльныхъ фактахъ, а прямо приступлю къ описанію такихъ наблюденій изъ London hospital, которыя составляютъ особенности этого многолюднаго, такъ сказать, складочнаго мѣста травматическихъ поврежденій, какъ это видно изъ годоваго отчета за 1884 г.:

	Число случаевъ
Переломовъ.	1802
Раненій.	3102

Сотрясеній мозга	99
Вывиховъ	313
Ушибовъ	895
Ожогъ и отмороженій.	684
Ущемленія грыжъ.	81
Задержанія мочи	55
Укусовъ собакъ	17
Острыхъ кровотеченій.	114
Застрѣванія инор. тѣлъ	30
Попытокъ къ самоубійству . . .	27
Острыхъ воспаленій	1210
Различныхъ поврежденій. . . .	230
Всего. . . .	8659

Къ крайнему моему сожалѣнію, годовые отчеты описываемаго госпиталя, переданные мнѣ секретаремъ London College—д-ромъ Мёнро-Скоттомъ (Munro-Scott), не заключаютъ въ себѣ никакихъ статистическихъ указаній относительно теченія и исходовъ болѣзней или острыхъ поврежденій, встрѣчающихся въ клиникахъ London hospital. Вотъ почему я вынужденъ обратиться къ монографіямъ отдѣльныхъ авторовъ, работавшихъ въ названномъ госпиталѣ, для полученія нѣкоторыхъ данныхъ по интересующимъ меня вопросамъ.

Къ весьма поучительнымъ монографіямъ такого рода нужно отнести почтенный трудъ проф. Гётчинсона, озаглавленный «*Illustrations of Clinical Surgery*». Трудъ этотъ сталъ выходить въ 1877 году отдѣльными выпусками и по 1887 годъ вышелъ всего 21 выпускъ. Въ вышедшихъ двухъ томахъ авторъ, на основаніи личнаго, весьма богатаго матеріала, разработываетъ многія темныя стороны клинической хирургіи и, между прочимъ, отводитъ видное мѣсто вопросу о поврежденіяхъ головы (Injuries of the head); съ этой же темой авторъ выступилъ еще въ 1864 г. на конкурсъ для полученія преміи Эстлея Купера, которую онъ и получилъ; стало быть, мнѣніе Гётчинсона по этому вопросу можно было-бы считать авторитетомъ; но, благодаря антисептикѣ, оперативная хирургія до того быстро прогрессируетъ, что, какъ я это доказываю ниже, выводы Гётчинсона приходится теперь уже считать отсталыми. Ученый трудъ проф. Гётчинсона по клинической хирургіи.

Въ первомъ томѣ названнаго сочиненія [1]) авторъ задался вопро-

[1]) См. «*Illustrations of Clinical Surgery*» by Jonathan Hutchinson F. R. C. S. Vol. I, London 1878, стр. 63. Книга эта издана чрезвычайно ро-

сомъ—на сколько справедливо древнее изрѣченіе *nullum vulnus capitis contemnendum est;* съ этой цѣлью онъ представляетъ 46 случаевъ повреждений головы, кончившихся смертельно. Всѣ эти случаи собраны проф. Гётчинсономъ въ хирургическихъ отдѣленіяхъ London hospital и расположены имъ въ слѣдующей таблицѣ:

Таблица XII, **указывающая причину смерти при травматическихъ поврежденіяхъ головы.**

№№ по порядку.	Полъ.	Возрастъ.	Характеръ поврежденія.	Продолжит. жизни.	Причина смерти.	Примѣчанія.
1	мужч.	40 л.	Упалъ съ лошади.	20 минутъ.	Сотрясеніе и разрывъ мозга.	Незначительн реакціи; пе ломъ на осно ніи черепа.
2	›	25 ›	Упалъ на голову съ десяти футовъ вышины.	6 час.	Сотрясеніе и глубокіе разрывы мозга.	Здѣсь реак выразилисьвп нѣ; переломъ основаніи мо
3	›	40 »	Упалъ на улицѣ; снаружи никакихъ поврежденій.	8 ›	Сжатіе (*compression*) мозга большимъ кровянымъ сгусткомъ въ arachnoidea.	—
4	женщ.	23 ›	Выпала чрезъ окно.	24 ›	Сотрясеніе и распространенный ушибъ мозга.	Черепъ бь во многихъ стахъ изломა реакціи выра лись вполнѣ.
5	мужч.	24 ›	Получилъ сильный ударъ въ голову.	28 ›	Сотрясеніе мозга; мелкіе ушибы мозговой ткани въ различныхъ территоріяхъ.	Не вполнѣ раженная ре ція.
6	›	30 ›	Выброшенъ изъ экипажа головою внизъ.	40 ›	Сотрясеніе съ значительными разрывами мозговой ткани.	Реакціи вы жены весьма ко.
7	›	51 г.	Сложный переломъ правой височной кости.	40 ›	Острое воспаленіе паутинной оболочки (arachnitis acuta).	*Трепанація* репа 4 часа смерти.
8	›	35 л.	Сложный переломъ правой лобной кости со вдавленіемъ осколковъ.	42 »	Начало воспаленія паутинной оболочки; сильныя конвульсіи.	Dura mater ла изорвана мѣстѣ перел черепа.
9	юноша.	16 ›	Упалъ съ высоты 60 футовъ.	48 ›	Ушибъ средней лѣвой доли мозга; кровоизліяніе въ паутинной оболочкѣ.	—

скошно: in 4°, съ многими хромолитографіями въ естественную величину; но цѣна книги неимовѣрно высока: каждый томъ въ 10 выпусковъ стоитъ на наши деньги около 40 руб.

Полъ.	Возрастъ.	Характеръ поврежденія.	Продолжит. жизни.	Причина смерти.	Примѣчанія.
дѣвочка.	5 л.	Свалилась на улицѣ.	3 дня	Коллапсъ вслѣдствіе сотрясенія безъ разрывовъ тканей.	Никакой реакціи.
мужч.	31 г.	Переломъ правой каменистой кости.	4 »	Arachnitis acuta.	—
»	53 л.	Сильный ударъ въ затылочную кость; снаружи простая шишка.	4 »	Ушибъ правой средней доли мозга; кровоизліяніе вблизи thalamus opticus.	—
»	26 »	Упалъ съ высоты 12 футовъ.	4 »	Сотрясеніе и разрывъ мозговой ткани.	Переломъ у основанія черепа; явныя реакціи.
женщ.	22 »	Вслѣдствіе ушиба сложный переломъ правой височной кости.	4 »	Сотрясеніе и сильный ушибъ мозговой ткани.	—
мужч.	21 г.	*Операція* удаленія экзостоза; поврежденіе твердой мозговой оболочки.	4 »	Односторонняя arachnitis acuta.	—
мальч.	9 л.	Переломы лѣвой височной кости и нижней челюсти.	4 »	Сотрясеніе; послѣдовательный коллапсъ.	—
»	4 »	Колотый переломъ малаго крыла ossis sphenoidalis чрезъ глазницу инороднымъ тѣломъ.	5 »	Arachnitis съ инфильтратомъ in spatio subarachnoidali.	—
женщ.	50 »	Свалилась на улицѣ.	5 »	Сотрясеніе и ушибъ мозга.	Ясно выраженная реакція съ усиленіемъ пульса; переломъ у основанія черепа.
мужч.	36 »	Сложный переломъ правой височной кости.	5 »	Arachnitis; ушибъ поверхности мозга.	Твердая мозговая оболочка была разорвана.
»	21 г.	Сложный переломъ лобной кости.	5 »	Delirium traumaticum, по всей вѣроятности, въ связи съ другими поврежденіями.	У этого больнаго были переломы обѣихъ голеней.
»	38 л.	Ударъ въ голову; сложный переломъ лобной кости съ разрывомъ твердой мозговой оболочки.	6 »	Разрывъ и размягченіе поверхности полушарія вблизи мѣста поврежденія.	—
мальч.	6 »	Сложный переломъ лѣвой височной кости съ внѣдреніемъ осколковъ.	9 »	Arachnitis.	Распространенный разрывъ твердой мозговой оболочки на сторонѣ поврежденія.
мужч.	25 »	Колотый переломъ правой височной кости и поврежденіе средней доли мозга.	10 »	Arachnitis acuta et encephalitis.	Поврежденіе было весьма серьезное; конецъ частокола внѣдрился въ мозгъ.

№№ по порядку.	Полъ.	Возрастъ.	Характеръ повреждения.	Продолжит. жизни.	Причина смерти.	Примѣчанія.
24	мужч.	71 г.	Свалился на улицу.	10 дн.	Красное размягченіе мозга послѣ ушиба; pneumonia.	Переломъ п основаніи чере па.
25	»	43 л.	Оступился и упалъ.	11 »	Сотрясеніе, ушибъ и воспалительное размягченіе лѣвой передней доли мозга; pneumonia (?).	Переломъ основанія чере па.
26	»	26 »	Сложный переломъ лѣвой височной кости.	11 »	Arachnitis purulenta, pyaemia, ostitis.	Значительно вдавленіе косте безъ замѣтнаг сжатія (compres sion) мозга; твер дая мозговая обо лочка разорвана
27	мальч.	10 »	Упалъ и нанесъ себѣ сложный переломъ на лѣвой височной кости.	11 »	Ostitis, arachnitis и pyaemia.	(Въ данном случаѣ не был разрыва твердо мозговой оболо ки.
28	мужч.	21 г.	Переломъ лѣвой каменистой кости вслѣдствіе паденія.	12 »	Кровоизліяніе in statio subarachnoidali; pneumonia.	—
29	мальч.	10 л.	Ушибъ черепа съ разрывомъ покрововъ.	13 »	Ostitis, arachnitis.	—
30	мужч.	40 »	Ушибъ черепа съ разрывомъ покрововъ.	14 »	Ostitis, arachnitis и pyaemia.	—
31	женщ.	45 »	Разрывъ черепныхъ покрововъ; сложный переломъ праваго лобнаго бугра.	15 »	Ostitis, thrombosis, arachnitis и pyaemia.	—
32	юноша.	15 »	Сложный переломъ правой височной кости со вдавленіемъ осколка.	14 »	Ostitis, Arachnitis и pyaemia.	—
33	рабоч.	48 »	Сложный переломъ; легкое вдавленіе на мѣстѣ удара.	16 »	Ostitis и pyaemia.	Вскрытія н было.
34	»	26 »	Ушибъ въ лобную кость и клѣтчатку глазницы безъ разрыва покрововъ.	17 »	Инфильтрація in spatio subarchnoidali; ostitis, ограниченная arachnitis и pyaemia.	Ушибъ был полученъ на пое динкѣ.
35	мальч.	4 »	Вдавленный сложный переломъ лѣвой височной кости.	18 »	Ostitis, arachnitis и pyaemia.	—
36	мужч.	24 »	Получилъ ударъ въ лѣвый високъ; сложный переломъ височной кости.	18 »	Ostitis, arachnitis и pyaemia.	Была сдѣлан первичная *тре панація.*
37	отрокъ	13 »	Огнестрѣльный переломъ височной кости.	19 »	Ostitis и pyaemia.	—
38	мужч.	28 »	Ударъ въ черепъ съ разрывомъ покрововъ.	20 »	Ostitis, pyaemia и pleuro-pneumonia.	—
39	»	54 »	Разрывъ покрововъ при осколочномъ переломѣ (scratch-fracture) лобной кости.	21 »	Arachnitis, thrombosis, ostitis и pyaemia.	—

[П]олъ.	Возрастъ.	Характеръ поврежденія.	Продолжит. жизни.	Причина смерти.	Примѣчанія.
[М]ужч.	25 л.	Ушибъ кости съ разрывомъ покрововъ.	22 дня	Ostitis, arachnitis и pyaemia.	—
[М]альч.	10 »	Рваная рана покрововъ черепа.	23 »	Ostitis, thrombosis, pyaemia, pleuro-pneumonia.	—
[М]ужч.	30 »	Разрывъ черепныхъ покрововъ; ушибъ кости.	25 »	Ostitis, thrombosis, arachnitis и маленькій нарывъ въ мозгу.	—
»	30 »	Разрывъ покрововъ и ушибъ черепа.	30 »	Ostitis, thrombosis и pyaemia.	—
»	21 г.	Ударъ въ голову; разрывъ покрововъ черепа.	30 »	Нарывъ въ мозгу; ostitis; нагноеніе между костью и dura mater.	—
[М]альч	6 л.	Ушибъ черепа съ разрывомъ покрововъ.	31 »	Ostitis, thrombosis и pyaemia; pleuro-pneumonia.	—
[Р]ебен.	$2^1/_2$ м.	Колотая рана мозга сквозь лѣвую височную кость.	$4^1/_2$ мѣс.	Нарывъ въ полушаріи.	Нѣкоторое время у ребенка обнаруживались слабые мозговые припадки.

Итакъ, въ представленной нами таблицѣ XII проф. Гётчинсонъ расположилъ имѣвшіеся подъ его наблюденіемъ острые случаи травматическаго поврежденія головы, окончившіеся летально, по степени наименьшей продолжительности жизни поврежденнаго. Поэтому сначала поставлены случаи сотрясенія мозга, затѣмъ ушибы мозга съ разрывомъ мозговыхъ оболочекъ, сопровождавшіеся бурными явленіями воспаленія сосудистой оболочки (arachnitis, по Гётчинсону) и мозговой ткани (encephalitis) и далѣе, начиная съ № 26, слѣдуютъ случаи—менѣе острые—въ которыхъ уже обнаруживались воспаленіе кости и другія осложненія, вызвавшія смерть больнаго. Замѣтимъ, что послѣдняя группа есть наибольшая; въ ней насчитывается почти половина всѣхъ случаевъ, а между тѣмъ ни разу не была сдѣлана попытка спасти больнаго помощью трепанаціи черепа. Я объясняю себѣ этотъ фактъ тѣмъ, что Гётчинсонъ принципіально не допускаетъ теоріи *«сдавленія мозга»* (compressio cerebri) вслѣдствіе внѣдренія кости. Онъ прямо говоритъ: «Я никогда не могъ убѣдиться въ причинѣ смер-«ти отъ сдавленія мозга внѣдренною костью [nor have J ever witnessed «a death from compression by depressed bone [1])].

Для болѣе удобнаго обзора представленныхъ случаевъ относительно

[1]) l. c., стр. 67.

непосредственной причины смерти, выразившейся (причины) патологическими измѣненіями, ихъ можно сопоставить въ слѣдующей таблицѣ:

Таблица XIII, **указывающая вліяніе причинъ поврежденій на продолжительность жизни поврежденнаго:**

Непосредственная причина смерти поврежденнаго	Число случаевъ.	Средняя продолжител.
а) Простое сотрясеніе (см. №№ 10, 16)	2	3,5 дня
б) Сотрясеніе съ ушибомъ и разрывомъ мозга: первичное поврежденіе (см. №№ 1, 2, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 14) . .	9	2 »
б) Сотрясеніе съ ушибомъ и разрывомъ мозга: вторичныя измѣненія (см. №№ 18, 21, 24, 25)	4	8 »
в) Сдавленіе мозга кровоизліяніемъ (см. № 3) . . .	1	8 ч.
г) Воспаленіе сосудистой оболочки вслѣдъ за травмой (см. №№ 7, 8, 11, 15, 19, 22, 23)	7	5 дн.
д) Arachnitis secundaria, thrombosis et pyaemia (см. №№ 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45)	18	21 »
е) Воспаленіе твердой мозговой оболочки и субарахноидальной ткани (см. №№ 17, 27)	2	8,5 »
ж) Нарывъ въ мозговой ткани (см. №№ 44, 46) . .	2	78 »
з) Delirium traumaticum, можетъ быть, даже несвязанное съ поврежденіями головы (см. № 20). . .	1	5 »
Итого.	46	

Въ цитированномъ мною сочиненіи проф. Дж. Гётчинсонъ описываетъ весьма обстоятельно нѣкоторые болѣе рельефные случаи той или другой группы травматическаго поврежденія, иллюстрируетъ свои описанія весьма поучительными анатомо-патологическими препаратами мозга и его оболочекъ, но, къ сожалѣнію, не дѣлаетъ никакихъ практическихъ заключеній. Онъ даже вовсе не приводитъ тѣхъ случаевъ травматическихъ поврежденій, которые имѣли благопріятный исходъ. Короче, монографія Гётчинсона «о поврежденіяхъ головы» имѣла только цѣлью выяснить анатомо-патологическія измѣненія въ мозгу и его оболочкахъ при самыхъ острыхъ случаяхъ поврежденія черепа.

Въ виду осебенной важности терапіи поврежденій черепа, я считаю необходимымъ сравнить вышеприведенныя наблюденія почтеннаго хирурга Гётчинсона съ клиническими наблюденіями другихъ авторовъ и указать читателю, что выжидательный методъ леченія острыхъ трав-

матическихъ поврежденій черепа, при современномъ состояніи хирургіи, не имѣетъ достаточнаго raison d'être; другими словами говоря, нѣкоторые изъ вышеприведенныхъ случаевъ Гётчинсона, я полагаю, могли бы окончиться выздоровленіемъ, если бы тотчасъ же была сдѣлана трепанація черепа. Но этому весьма важному вопросу я намѣренъ посвятить особую главу (см. глава IX, стр. 285).

Операція Лореты, произведенная Тревсомъ.

Третій хирургъ той же медицинской школы—Ф. Тревсъ читаетъ хирургическую анатомію и завѣдуетъ также одной изъ хирургическихъ клиникъ. Какъ человѣкъ болѣе молодой, онъ легко усвоилъ всѣ требованія безгнилостной хирургіи и потому онъ не такъ скептически относится къ болѣе новымъ операціямъ. Такъ, напр., въ текущемъ (1888) году онъ первый въ Англіи обнародовалъ случай «*операціи* Лореты [1])» предпринятой имъ въ London hospital. Случай этотъ такого рода: мужчина среднихъ лѣтъ страдалъ фибрознымъ съуженіемъ привратника желудка (strictura pylori), вслѣдствіе чего у него постоянно вызывалась рвота при попыткахъ провести пищу въ желудокъ. Больной сильно исхудалъ и ему грозила смерть отъ голода. Д-ръ Тревсъ *сдѣлалъ чревосѣченіе, вскрылъ привратникъ и пальцами растянулъ съуженіе ad maximum*, послѣ чего зашилъ рану. Тотчасъ послѣ операціи рвоты прекратились и больной вскорѣ оправился; два мѣсяца спустя онъ совершенно свободно проглатывалъ всякую пищу. Этотъ случай авторъ намѣренъ представить ближайшему съѣзду англійскихъ клиницистовъ [2]).

Разборъ книги проф. Тревса «Прикладная хирургическая анатомія»

Проф. Ф. Тревсъ въ 1883 г. издалъ руководство по прикладной хирургической анатоміи (*Surgical Applied Anatomy*), которое весьма популярно среди учащихся въ англійскихъ колледжахъ. Въ этой книгѣ авторъ излагаетъ въ весьма сжатой формѣ топографическую анатомію человѣка параллельно съ хирургическою патологіею и терапіею; правда, что въ ней много заимствовано изъ другихъ иностранныхъ учеб-

---

[1]) Профессоръ хирургіи Болоньскаго университета Лорета обнародовалъ (въ *Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Instituto di Bologna*. Ser. IV, vol. 4 и 5) въ 1885 г. два новыхъ оперативныхъ метода: 1) *растяженія пальцами привратника* (dilatatio digitalis pylori) и 2) *инструментальное расширеніе пищевода* (dilatatio instrumentalis oesophagi) или правильнѣе входа (cardiae) желудка. Первая операція можетъ собою замѣнить resectionem ventriculi, а вторая—gastrostomiam; но показаніемъ къ этимъ операціямъ могутъ служить, не злокачественныя новообразованія, а только простыя волокнистыя (фиброзныя) съуженія или рубцы.

[2]) См. *Loreta's operation on the stomach*. «Lancet» 18/II 1888, стр. 338.

никовъ, какъ Тилльо, Брауне, Ридингеръ и друг.; но заслуга автора въ томъ, что онъ съумѣлъ, такъ сказать, спаять анатомію съ терапіею хирургическихъ болѣзней. Поэтому онъ, по краткомъ описаніи какой-либо топографической области, немедленно указываетъ на патологическіе процессы, особенности которыхъ стоятъ въ прямой зависимости отъ строенія данной области, и тутъ же приводитъ клиническіе факты, подтверждающіе тѣ или другія теоретическія соображенія.

Такъ какъ выше я коснулся вопроса о травматическихъ поврежденіяхъ головы, то для читателя, я полагаю, интересно будетъ познакомиться съ теоріею переломовъ черепа, представленною Тревсомъ. Такое сопоставленіе я считаю тѣмъ болѣе умѣстнымъ, что его наблюденія и практическая опытность пріобрѣтены въ той же хирургической школѣ London hospital, гдѣ работалъ и Гётчинсонъ.

Теорія переломовъ черепа, по Тревсу.

Теорія переломовъ черепа [по Ф. Тревсу [1])]. Произвести переломъ на дѣтскомъ черепѣ не такъ легко, какъ на взросломъ; въ дѣтскомъ возрастѣ черепъ не повсюду окостенѣлъ, костные швы его представляются широкими, состоятъ изъ хрящевой ткани, а мѣстами они перепончаты. Кромѣ того, кости черепа въ раннемъ возрастѣ сами по себѣ весьма упруги, относительно мягки и податливы. Поэтому если на сводъ подобнаго черепа нанести ударъ, то вліяніе послѣдняго на кость собственно выразится въ формѣ вдавленія, либо разрыва ткани—явленій, не представляющихъ ничего похожаго на переломъ въ обыкновенномъ значеніи этого слова. Относительно физическихъ свойствъ череповъ вообще можно сказать, что дѣтскій черепъ отличается отъ черепа стараго человѣка на столько же, на сколько черепъ, приготовленный изъ тонкаго листоваго олова, будетъ отличаться отъ черепа, сдѣланнаго изъ фарфора. На сколько дѣтскій черепъ вообще податливъ, можно судить по черепамъ нѣкоторыхъ индійскихъ племенъ, которыя имѣютъ обычай сдавливать тугонатянутыми бинтами головы своихъ дѣтей. Въ анатомическомъ музеѣ Лондонской «Королевской Коллегіи Хирурговъ» находится коллекція «*плоско-головыхъ*» (flat-headed) череповъ Индійцевъ, на которыхъ можно видѣть, до какой неимовѣрной степени могутъ быть измѣнены природныя формы черепа подъ вліяніемъ искусственнаго давленія извнѣ.

---

1) *Surgical Applied Anatomy*, by Frederick Treves F. R. C. S. London 1883, стр. 17 и слѣд.

Геніотъ утверждаетъ, что нѣкоторыя измѣненія въ формѣ черепа европейцевъ зависятъ оттого, что такіе субъекты въ дѣтскомъ возрастѣ лежали обыкновенно на одной только сторонѣ головы; въ данномъ случаѣ обеззображивающимъ агентомъ черепа служитъ тяжесть мозга.

Даже въ взросломъ возрастѣ черепъ не представляется такимъ хрупкимъ, какъ это обыкновенно предполагаютъ на основаніи опытовъ, произведенныхъ на высушенныхъ (мертвыхъ) черепахъ. На живомъ человѣкѣ острое орудіе, вонзенное въ сводъ черепа, производитъ прободающую рану безъ всякихъ трещинъ или надломовъ кости вблизи раненія; подобная рана можетъ быть сравниваема съ отверстіемъ, произведеннымъ въ толстомъ кускѣ кожи, какъ это видно на одномъ изъ анатомическихъ препаратовъ музея London hospital.

Курьезный случай раненія черепа.

Случай, сообщенный въ газетѣ «Lancet» за 1881 г., представляетъ собою паразительный примѣръ тому, какъ можно острымъ орудіемъ пронзить черепъ безъ образованія, повидимому, какихъ бы то ни было трещинъ въ кости. Одинъ рабочій, съ цѣлью самоубійства, приставилъ себѣ къ верхней части лба остріе кинжала и при помощи молотка вколотилъ его въ самый мозгъ; онъ полагалъ, что упадетъ мертвымъ, но былъ крайне изумленъ (he was dissapointed), что ничего подобнаго не происходитъ; тогда онъ сталъ глубже вколачивать кинжалъ въ черепную полость, нанося около дюжины ударовъ молотомъ, пока все лезвее, имѣвшее 4 дюйма въ длину, не вонзилось по самую рукоятку.

Когда этотъ курьезный самоубійца доставленъ былъ въ госпиталь, то вонзенный кинжалъ былъ извлеченъ съ большимъ трудомъ; тѣмъ не менѣе, больной при этомъ ни разу не терялъ сознанія и выздоровѣлъ безъ всякихъ, повидимому, дурныхъ послѣдствій.

Слѣдующія анатомическія условія ослабляютъ силу удара, нанесеннаго на черепъ живаго человѣка: растяжимость и подвижность покрововъ, куполообразное строеніе свода черепа, численность костей, входящихъ въ составъ черепнаго ящика, способствуетъ распредѣленію силы удара по многимъ отдѣльнымъ сегментамъ черепа, костные швы прерываютъ силу удара, а перепончатыя части играютъ роль линеарныхъ буфферовъ; наконецъ, подвижность всей головы относительно позвоночника и эластичность самыхъ черепныхъ костей равнымъ образомъ противодѣйствуютъ силѣ удара.

У дѣтей перепончатая ткань, расположенная между костными швами черепа, достигаетъ значительной толщины; но съ наступленіемъ возмужалаго возраста эти перепонки исчезаютъ (облитерируются) и череп-

ныя кости представляются спаянными между собой (synostosis); вотъ почему черепъ взрослаго человѣка представляется болѣе хрупкимъ. Обыкновенно черепные швы облитерируются къ 40-му году; процессъ облитераціи начинается со средины шва и ранѣе всего обнаруживается въ стрѣловидномъ швѣ (sutura sagittalis); позднѣе всѣхъ облитерируется чешуйчатый шовъ (sutura squamosa).

По мнѣнію Тилльо, полная спайка (synostosis) костей черепа заканчивается къ 80-лѣтнему возрасту, вмѣстѣ съ этимъ наступаетъ періодъ остановки роста (правильнѣе, развитія) мозга. Это послѣднее заключеніе авторъ основываетъ на томъ фактѣ, что у людей низшей расы окостенѣніе швовъ наступаетъ много раньше указаннаго возраста. Кромѣ того, съ наступленіемъ старости черепныя кости дѣлаются менѣе порозными и, потому, онѣ теряютъ свою упругость. Вотъ почему *переломы черепа происходятъ въ возмужаломъ возрастѣ много легче, нежели въ молодомъ или дѣтскомъ возрастѣ.*

Обыкновенно при переломахъ черепа повреждается вся толща кости но бываютъ случаи, когда надламывается только наружная пластинка или она вдавливается въ диплоэтическій слой кости, или же, какъ это наблюдается на переломахъ нижней части лобной кости, наружная пластинка черепа внѣдряется въ лобную пазуху.—И внутренняя пластинка (lamina vitrea) можетъ быть найдена изломанною безъ соотвѣтственнаго перелома въ наружной пластинкѣ. Въ большинствѣ случаевъ сложныхъ переломовъ, въ особенности когда послѣдніе сопровождаются *вдавленіемъ* (depression) черепа, на внутренней пластинкѣ образуются болѣе распространенныя трещины, нежели на наружной пластинкѣ. Это зависитъ отъ многихъ анатомическихъ условій: во-первыхъ, внутренняя пластинка не только тоньше наружной, но онѣ еще очень хрупкая, поэтому она и называется lamina vitrea — стекляная пластинка. Сила удара, направленная на наружную пластинку, можетъ ограничиться извѣстнымъ участкомъ черепа и, благодаря этому, она, какъ, напр., при сабельномъ ударѣ, производитъ только мѣстное поврежденіе. Но если таже сила удара проникаетъ и диплоэтическій слой кости, то она отрываетъ внутреннюю пластинку черепа на значительно большемъ протяженіи, нежели она касалась поверхности кости. Въ особенности рѣзко это явленіе выражается въ тѣхъ случаяхъ переломовъ, когда наружная пластинка вдавливается. Во-вторыхъ, внутренняя пластинка черепа представляетъ собою сегментъ болѣе согнутой дуги, нежели дуга наружной пластинки, вслѣдствіе чего первая—подъ влія-

ніемъ одной и той же силы давленія—разойдется въ стороны на большемъ протяженіи, нежели послѣдняя. Слѣдующій чертежъ объясняетъ это явленіе болѣе наглядно: на рис. 39 двѣ параллельныя дуги представляютъ собою сѣченіе части свода, или, что тоже, обѣ пластинки черепа, а линіи CD и EF—границы распространенія силы удара; при

Рис. 39.

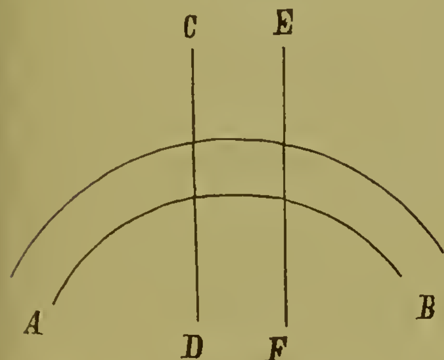


Схема дугъ черепныхъ костей. *AB*—направленіе дугъ наружной и внутренней пластинки черепа; *CD* и *EF*—границы распространенія силы удара.

Рис. 40.

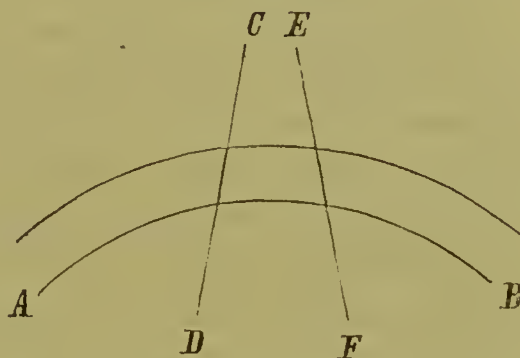


Схема дугъ черепныхъ костей по нанесеніи удара (значеніе линій такое же, какъ въ предъидущемъ чертежѣ).

дѣйствіи послѣдняго концы дуги AB стремятся разойтись, стало быть, линіи CD и EF будутъ вверху сходиться, а внизу—расходиться, какъ это видно на рис. 40; или, что тоже самое, частицы наружной пластинки черепа будутъ смыкаться, тогда какъ частицы внутренней пластинки, напротивъ, размыкаться.

Переломы свода черепа.

А. *Переломы свода черепа* (fracturae verticis cranii). Строеніе черепа способствуетъ распространенію силы удара по многимъ направленіямъ. 1) Предположимъ, что ударъ направленъ былъ на *верхушку темени*, тогда верхніе края обѣихъ темянныхъ костей подъ напоромъ силы должны внѣдриться *внутрь* черепной полости, но въ тоже время нижніе края темянныхъ костей будутъ стремиться направиться *кнаружи*; этому послѣднему движенію сильно препятствуютъ чешуйчатая часть височной (os parietale) и большое крыло крыловидной кости (os sphenoidale), которыя своими краями покрываютъ нижнія окраины темянныхъ костей. Кромѣ того, сила, сообщенная чешуйчатой кости, передается скуловой дугѣ (arcus zygomaticus), которая тѣсно связана съ верхней челюстью и лобной костью. Такимъ образомъ, скуловая дуга играетъ относительно темянной кости роль стропила; вслѣдствіе этого сила удара въ сводъ черепа передается и лицевымъ костямъ. Вотъ почему при ушибахъ темени или макушки головы больные часто жалуют-

ся на боль лица или лба. 2) При ударѣ въ верхнюю часть *лобной кости* сила передается прежде всего темяннымъ костямъ, потому что верхній край лобной кости главнымъ образомъ упирается на окраинахъ обѣихъ темянныхъ костей. Если же въ боковыхъ частяхъ лобной кости обнаружится стремленіе смѣститься кнаружи, то этому движенію опять будутъ препятствовать большое крыло крыловидной кости и передне-нижній уголъ височной кости, которыя покрываютъ собою боковыя окраины лобной кости. Передача силы напора съ послѣдней на первыя изъ названныхъ костей выразится тѣмъ сильнѣе, чѣмъ болѣе скошены окраины лобной кости. 3) Удары въ *затылочную кость* (os occipitis) значительно менѣе встрѣчаютъ противодѣйствіе со стороны сосѣднихъ костей, поэтому не слѣдуетъ упускать изъ виду, что и не особенно тяжелые ушибы въ затылокъ могутъ вызвать переломъ названной кости, хотя и здѣсь сила удара передается сосѣднимъ костямъ— обѣимъ темяннымъ и височной, равно какъ и позвоночнику.

Переломы основанія черепа.

Б. *Переломы основанія черепа* (fracturae basis cranii). Обыкновенно различаютъ троякаго вида переломы основанія черепа: а) непосредственный, б) посредственный и в) отраженный. Основаніе черепа можетъ быть переломлено *непосредственно* какимъ либо инороднымъ тѣломъ, внѣдряющимся чрезъ основаніе носа, либо чрезъ вершину глазницы или, наконецъ, чрезъ глотку къ основанію черепа; такіе же переломы наблюдались и при непосредственномъ ударѣ въ затылокъ шеи. *Посредственные* переломы основанія черепа происходятъ при слѣдующихъ условіяхъ: ударъ, нанесенный въ нижнюю часть лобной кости, можетъ произвести переломъ рѣшетчатой (os cribriforme) или верхней пластинки глазницы; эти части основанія черепа, вслѣдствіе ихъ чрезвычайно малой толщины, обыкновенно легко ломаются. При ударѣ о подбородокъ мыщелокъ нижней челюсти можетъ произвести такое сильное давленіе на сочленовную ямку (fossa glenoidalis) височной кости, что послѣдняя проламывается.—Шассеньякъ описываетъ случай внѣдренія мыщелковаго отростка (processus condyloideus) нижней челюсти въ полость черепа, вызвавшаго нарывъ въ мозгу. Если человѣкъ при паденіи съ высоты принимаетъ ударъ въ ступни, колѣна или сѣдалище, то сила удара передается чрезъ позвоночный столбъ основанію черепа и производитъ *посредственный* переломъ затылочной части основанія черепа; подобнаго рода переломы наблюдаются въ тѣхъ случаяхъ, когда при паденіи мышцы позвоночника сильно напряжены; здѣсь механизмъ удара дѣйствуетъ такимъ же образомъ, какъ ударъ

объ землю нижнимъ концемъ палки метлы заставляетъ верхній конецъ палки внѣдриться въ самую метлу.

Прежняя теорія о происхожденіи переломовъ основанія черепа вслѣдствіе силы такъ назыв. *противуудара* (contrecoup)—въ послѣднее время опровергнута, хотя и теперь наблюдаются случаи поврежденія черепа, механизмъ которыхъ легче всего объясняется вышеупомянутою теоріею. Такъ, напр., Гётчинсонъ описываетъ случай перелома затылочной кости, сопровождавшагося переломомъ рѣшетчатой кости, тогда какъ межуточныя части черепа остались неповрежденными.

Переломы свода черепа, вызванные отрывистымъ ударомъ, какъ напримѣръ, при паденіи съ высоты на голову, весьма часто сопровождаются трещинами на основаніи черепа; такого рода переломы принято называть *отраженными*. При такомъ дѣйствіи удара сила распространяется на сосѣднія части кратчайшимъ путемъ; костные швы или толщина кости при вышеуказанныхъ условіяхъ не имѣютъ вліянія на механизмъ перелома. Вотъ почему при переломахъ лобной части свода наблюдаются трещины въ передней ямкѣ; при переломахъ темени — трещины въ средней ямкѣ; а при переломахъ затылка — трещины въ задней ямкѣ основанія черепа. Таково общее правило, имѣющее, однакоже, много исключеній.

Д-ръ Гиветъ (Hewett), съ цѣлью болѣе точнымъ образомъ указать части черепа, образующія названныя ямки, раздѣляетъ весь черепъ на три пояса: въ передній поясъ входятъ лобная, верхняя часть рѣшетчатой (os ethmoidale) и лобно-клиновидная кости; въ средній поясъ — темянныя, чешуйчатыя, передняя часть каменистой (pars petrosa) и наибольшая часть основанія клиновидной костей (baso-sphenoidale); въ задній поясъ—затылочная, сосцевидныя, задній отдѣлъ каменистой вмѣстѣ съ небольшою частью клиновидной кости.

Всѣ переломы основанія черепа сопровождаются изліяніемъ крови и спинно-мозговой жидкости (liquoris cerebro-spinalis). При переломѣ передняго пояса кровь обыкновенно вытекаетъ чрезъ носъ; кровоизліяніе исходитъ либо изъ артерій твердой мозговой оболочки, либо изъ надорванной слизистой оболочки, выстилающей верхнюю часть носовой полости. Если вслѣдъ за переломомъ черепа наблюдается истеченіе спинно-мозговой жидкости чрезъ носъ, то это явленіе указываетъ, что разорваны слизистая оболочка, лежащая снизу перелома, и dura-mater вмѣстѣ съ паутинною оболочкою, находящіяся надъ мѣстомъ перелома. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ перелома передняго пояса кровь изливается

въ глазницу (in orbitam) и обнаруживается на коньюнктивѣ глазнаго яблока.

При поврежденіяхъ средняго пояса кровь истекаетъ чрезъ наружный слуховой проходъ, вслѣдствіе разрыва барабанной перепонки, либо вслѣдствіе поврежденія сосудовъ барабанной полости и ея слизистой оболочки; въ иныхъ же случаяхъ кровотеченіе исходитъ изъ черепной полости, когда повреждена мозговая пазуха, соотвѣтствующая каменистой части черепа. Излившаяся въ барабанную полость кровь можетъ вытекать чрезъ Евстахіеву трубу въ ротъ или носовую полость; или больной проглатываетъ ее, тогда у него показывается рвота кровью. Если чрезъ наружный слуховой проходъ сочится спинно-мозговая жидкость, то слѣдуетъ принять, что переломъ имѣетъ мѣсто во внутреннемъ слуховомъ проходѣ и что выстилающая его слизистая оболочка разорвана; кромѣ того, это явленіе указываетъ на свободное сообщеніе между барабанною полостью и наружнымъ слуховымъ каналомъ, т. е., барабанъ также разорванъ.

При переломахъ задняго пояса кровоподтеки обнаруживаются надъ сосцевиднымъ отросткомъ или на затылкѣ и отсюда уже они могутъ опуститься внизъ по клѣтчаткѣ шеи.

Необходимо еще замѣтить, что при переломахъ *свода* черепа, осложненныхъ разрывомъ твердой мозговой оболочки и arachnoideae, въ исключительныхъ случаяхъ наблюдалось также истеченіе спинно-мозговой жидкости чрезъ слуховой каналъ; но тогда она истекаетъ изъ ячеекъ сосцевидной кости (ex cellulis s. antro processus mastoidei) чрезъ разорванную барабанную перепонку.

Толщина черепныхъ костей представляется весьма разнообразною не только относительно различныхъ отдѣловъ одного и того же черепа, но также въ отношеніи различныхъ индивидуумовъ. Средняя толщина костей равняется $^1/_5$ дюйма. Самыми толстыми частями костей черепа представляются затылочный бугоръ (имѣющій въ разрѣзѣ $^1/_2$ дюйма), сосцевидный отростокъ и нижній отдѣлъ лобной кости. Нижній отдѣлъ затылочной ямки покрытъ весьма тонкою костною пластинкою; но еще болѣе тонкою представляется чешуйчатая часть черепа; здѣсь толщина кости равняется толщинѣ визитной карточки. Вообще кости черепа вблизи пазухъ или на мѣстѣ прохожденія сосудовъ представляются истонченными. Кромѣ этого, при трепанаціи черепа не слѣдуетъ забывать, что внутренняя пластинка кости не всегда параллельна

наружной; слѣдовательно, на одномъ и томъ же участкѣ черепа толщина кости будетъ различна.

Изъ этого краткаго описанія «теоріи переломовъ» черепа уже явствуетъ, что травматическія поврежденія головы весьма часто сопровождаются разрывомъ твердой мозговой оболочки и, стало быть, нарушеніемъ цѣлости arteriae meningeae; далѣе, мы видимъ, что особенности архитектуры черепнаго ящика и анатомическаго строенія отдѣльныхъ костей послѣдняго способствуютъ происхожденію *вдавленныхъ* переломовъ, причемъ внутренняя пластинка (lamina vitrea), внѣдряясь въ мозговую ткань, вызываетъ нерѣдко весьма опасныя для жизни больнаго явленія, какъ острый менингитъ и энцефалитъ. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ травматическія поврежденія головы требуютъ хирургическаго вмѣшательства, заключающагося въ вскрытіи черепной полости и удаленіи костныхъ осколковъ, кровяныхъ сгустковъ, гнойныхъ скопленій и тому подобныхъ вредныхъ агентовъ. Нѣкоторые практическіе выводы изъ этой теоріи.

Въ теченіи послѣдняго десятилѣтія трепанація черепа получила такое широкое примѣненіе въ рукахъ англійскихъ и нѣмецкихъ хирурговъ, что представители медицинской литературы сочли нужнымъ создать особенный отдѣлъ—*хирургію мозга.* Задача этой новой отрасли хирургіи и клиническія наблюденія надъ поврежденіемъ мозга составятъ предметъ моей бесѣды въ слѣдующей главѣ.

Для большей полноты очерка дѣятельности представителей London hospital, я считаю нужнымъ представить здѣсь краткія біографическія и библіографическія свѣдѣнія о вышеназванныхъ хирургахъ описываемой школы.

I. Ривингтонъ (Rivington Walter) воспитывался въ London hospital's College; въ 1859 г. онъ получилъ ученую степень кандидата, а въ 1863 — званіе члена (F. R. C. S.) «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи». Съ того времени онъ занимаетъ кафедру по хирургической анатоміи въ томъ же колледжѣ и завѣдуетъ одною изъ хирургическихъ клиникъ London hospital. Труды Ривингтона.

Проф. Ривингтонъ издалъ слѣдующіе труды:

1) «*The medical profession*». (О врачебной профессіи). Это сочиненіе, изданное авторомъ въ 1879 г., удостоено первой преміи — Carmichael prize essay.

2) «*Rupture of the urinary bladder*». (О разрывахъ мочеваго пузыря). London 1883.

3) «*Account of a peculiar variety of encysted hydrocele of the spermatic cord combined with inguinal hernia*» [Изслѣдованіе о происхожденіи различныхъ формъ кистовидныхъ опухолей сѣмяннаго канатика, осложненныхъ паховою грыжею [1])].

4) «*Remarks on dislocations of the first and second pieces of the sternum*». [О вывихахъ перваго и втораго ребра надъ грудиною [2])].

5) «*On pulsating tumours of the orbit*» [О пульсирующихъ опухоляхъ глазницы [3])].

6) «*Valves in the renal veins*» [О клапанахъ почечныхъ венъ [4])].

7) «*Clinical lectures on varieties of psoas abscess*» [Клиническія лекціи объ особенностяхъ подвздошныхъ нарывовъ [5])].

8) «*Cases of disease of testicle for which castration was performed*» [О болѣзняхъ яичка, требующихъ кастраціи [6]].

9) «*A case of ligature of the left common carotid artery wounded by a fish bone*» [Случай перевязки лѣвой сонной артеріи, поврежденной рыбьей косточкой [7])]. Авторъ собралъ въ литературѣ 45 случаевъ раненія крупныхъ артеріальныхъ сосудовъ посредствомъ инородныхъ тѣлъ, введенныхъ чрезъ пищеводъ, изъ нихъ 12 случаевъ относятся къ раненіямъ сонныхъ артерій посредствомъ рыбьихъ костей, застрявшихъ въ пищеводѣ.

Труды Гётчинсона.

II. Гётчинсонъ (Hutchinson Jonathan) родился въ 1828 г., воспитывался сначала въ Іоркѣ, затѣмъ въ Лондонскомъ St. Bartholomew's hospital. Съ 1859—1883 г. состоялъ хирургомъ въ London hospital. Въ 1862 г. получилъ ученое званіе члена (F. R. C. S.) «Королевской Коллегіи Хирурговъ», а позднѣе — съ 1879—1883 — онъ состоялъ профессоромъ той же коллегіи. Въ настоящее время проф. Гётчинсонъ занимаетъ должность консультанта по хирургіи въ London hospital и почетнаго профессора колледжа. Его практическая врачебная дѣятельность главнымъ образомъ посвящается накож-

---

[1]) См. «London hospital Reports», т. II.
[2]) См. «Med. Chir. Transactions», т. LVII.
[3]) Тамъ-же, т. LVIII.
[4]) См. «Journal Anat. and Phys.»
[5]) «The Lancet» 1874.
[6]) См. «Lancet» 1877.
[7]) См. «Med. Chir. Transactions», т. LXIX, 1886.

нымъ и сифилитическимъ болѣзнямъ, по которымъ онъ считается первымъ специалистомъ въ Лондонѣ послѣ смерти Эразма Уильсона (въ 1885 г.).

Изъ литературныхъ трудовъ Гётчинсона я могу указать на слѣдующіе:

1) «*On injuries of the head*». (О поврежденіяхъ головы); сочиненіе это, изданное авторомъ 1865 года, получило премію Эстлея Купера.

2) «*Clinical memoir on certain diseases of the eye and ear consequent on inherited syphitis*». (Клиническія наблюденія надъ нѣкоторыми болѣзнями глазъ и уха, зависящими отъ наслѣдственнаго сифилиса). London. 1862.

3) «*Surgical diseases of women*». [Хирургическія болѣзни у женщинъ [1])].

4) «*The rectangular catheter staff for lithotomy*». [О прямоугольномъ катетерѣ для литотоміи [2])].

5) «*Transmission of syphilitic taint from the foetus to its mother*». [О передачѣ сифилитическаго зараженія отъ зародыша къ матери [3])].

6) «*On constitutional syphilis*». [О конституціональномъ сифилисѣ [4])].

7) «*Lesions of the eye in connexion with injuries to the fifth nerve*». (О страданіяхъ глаза, зависящихъ отъ поврежденія пятой пары черепныхъ нервовъ).

8) «*Illustrations of clinical surgery*». (Иллюстраціи клинической хирургіи). Объ этомъ сочиненіи см. выше, стр. 261.

9) «*Clinical lectures on rare diseases of the skin*». (Клиническія лекціи о рѣдкихъ формахъ накожныхъ болѣзней).

10) «*Partial dislocation of the head of the radius peculiar to children*». (О частичномъ вывихѣ головки лучевой кости, свойственномъ дѣтскому возрасту [5])].

11) «*Congenital absence of hair with atrophic condition of the*

---

[1]) См. Holme's System of Surgery.
[2]) См. Reynold's System of Medicine.
[3]) Тамъ-же.
[4]) Тамъ-же.
[5]) См. Brit. Med. Journal. 1886. Январь.

skin and its appendages» [О прирожденномъ отсутствіи волосъ и атрофическомъ состояніи кожи и ея придатковъ [1])].

12) «*On cancer as a local disease and the importance of its more detailed clinical study*» [Ракъ — какъ мѣстная болѣзнь и о важности болѣе подробнаго клиническаго изученія этого страданія [2])].

Прочія литературныя работы Гётчинсона касаются вопросовъ по сифилису и накожнымъ болѣзнямъ.

Труды Тревса.

III. Тревсъ (Treves Frederick) окончилъ курсъ медицинскихъ наукъ въ London hospital's College. Въ 1878 г. онъ получилъ званіе члена (F. R. C. S.) «Королевской Коллегіи Хирурговъ» въ Лондонѣ и съ того времени онъ состоитъ лекторомъ по анатоміи въ томъ же колледжѣ и завѣдуетъ хирургическою клиникою въ London hospital. Изъ болѣе выдающихся трудовъ этого хотя и молодаго хирурга, но весьма усерднаго работника, я укажу на слѣдующіе:

1) «*Scrofula and its glands diseases*» (О золотушномъ пораженіи желѣзъ). 1882.

2) «*A manual of surgical applied Anatomy*» (Руководство по прикладной анатоміи). Съ этимъ краткимъ, но весьма толково составленнымъ руководствомъ я уже нѣкоторымъ образомъ познакомилъ читателя; здѣсь же я позволю себѣ только высказать свое желаніе — видѣть эту книгу въ рукахъ русскихъ врачей и, въ особенности, студентовъ, которымъ она могла бы служить весьма полезнымъ подспорьемъ при изученіи оперативной хирургіи.

3) «*Resection of portion of intestine*» [О частичной резекціи кишечника [3])].

4) «*Treatment of acute peritonitis by laparotomy*» [Леченіе острыхъ перитонитовъ чревосѣченіемъ [4])].

5) *Intestinal obstruction, its varieties, their pathology, diagnosis and treatment*». 1884. (Различныя формы заворота кишекъ; патологія, распознаваніе и леченіе этого страданія). Монографія эта удостоена преміи Jacksonian prize essay.

6) «*Disease of the spine*». [О болѣзняхъ позвоночника [5])].

7) «*A manual of Surgery*». (Руководство по хирургіи). Авторъ

---

[1]) См. Med. Chir. Transactions. 1886.

[2]) См. «The Glasgow Med. Journ.». 1886. № 5.

[3]) См. «Transactions Royal Med. Chir. Society». 1883 г.

[4]) Тамъ-же за 1885.

[5]) См. Intern. Encycl. Surgery, томы IV и V.

излагаетъ слѣдующіе отдѣлы: грыжи, завороты кишекъ, болѣзни лимфатическихъ сосудовъ и о воздухѣ въ венахъ [1]).

8) «*Lectures on the Anatomy of the intestinal canal and peritoneum in man* [Лекціи объ анатоміи кишечнаго канала и брюшины у человѣка [2])]. Такъ какъ эти лекціи были читаны въ аудиторіи «Королевской Коллегіи Хирурговъ» въ Лондонѣ, то я счелъ болѣе умѣстнымъ представить рефератъ этого весьма интереснаго труда проф. Тревса въ главѣ о дѣятельности «Королевской Коллегіи Хирурговъ» (см. ниже главу XV).

Кромѣ того, проф. Тревсъ весьма часто обнародываетъ различныя клиническія наблюденія изъ London hospital на столбцахъ Lancet и British Medical Journal.

Литературные источники:

1) *Annual Report for 1885 year of the London hospital*. London 1865.

2) Jonathan Hutchinson. *Illustrations of Clinical Surgery*. London 1878—1887.

3) F. Treves.—*Loreta's operation on the stomach* (см. «Lancet» 1888 18/II).

4) F. Treves. *Surgical Applied Anatomy*. London 1883.

5) Tillaux. - Руководство по топографической анатоміи въ примѣненіи къ хирургіи. Русскій переводъ подъ моей редакціей. Спб., 1884 г.

6) *Rivington.—A case of ligature of the left common carotid artery wounded by a fish bone*, (см. Med. Chir. Transactions т. LXIX, 1886).

7) Oppert. *Hospitals, Infimaries and Dispensaries*. London 1883.

8) *Medical Directory for 1887 year*. London 1887.

---

[1]) См. Heath's Diction. of Surgery.

[2]) См. «British Medic. Journal» 1885 28/II и слѣд.

ГЛАВА IX.

Травматическія поврежденія головы и хирургія мозга.—Различные взгляды авторитетовъ хирургіи на трепанацію черепа.—Теорія «сжатія мозга» (compressio cerebri).—Мнѣніе проф. Бергмана объ этой теоріи.—Опроверженіе ея проф. Адамкевичемъ. — Научная полемика двухъ названныхъ ученыхъ объ этомъ вопросѣ.—Показанія къ трепанаціи черепа. — Перечень новѣйшихъ англійскихъ работъ по хирургіи мозга. — Мнѣніе Амидона о травматическихъ поврежденіяхъ мозга. — Таблица 97-и случаевъ трепанацій черепа при травматическихъ поврежденіяхъ головы съ указаніемъ клиническихъ явленій, способа операціи и исхода.—Нѣкоторые выводы изъ этой таблицы.—Таблица, указывающая патологическія измѣненія въ черепной полости при смертельныхъ исходахъ трепанацій.—Мнѣніе Лауфорда Кнэгса о ранней трепанаціи.—*Техника трепанаціи черепа и резекціи мозга* по Горслею: а) приготовленіе оперируемаго; б) способъ анэстезированія при операціяхъ въ полости черепа; в) леченіе трепанаціонной раны; г) форма разрѣза покрововъ черепа; д) способъ изсѣченія кости; е) разрѣзываніе твердой мозговой оболочки; ж) манипуляціи въ мозгу; з) способъ сшиванія раны. — Нѣкоторые выводы изъ наблюденій Амидона, Лауфорда и Горслея.—Ближайшая задача хирургіи мозга. – О локализаціи различныхъ центровъ головнаго мозга.—Топографическое расположеніе центровъ движенія въ корковомъ слоѣ головнаго мозга по Артюру Гэру.—Наблюденіе д-ра Мочутковскаго надъ возбудимостью двигательныхъ центровъ корки мозга при гипнотическомъ состояніи. — Топографія черепно-мозговой области. — Опредѣленіе мѣстоположенія Роландовой борозды. — Циртометръ Клауде-Уильсона.—Опредѣленіе мѣстоположенія Сильвіевой борозды.—Нѣкоторые практическіе совѣты относительно трепанаціи черепа. — Схема Маршаля для опредѣленія главныхъ мозговыхъ бороздъ на поверхности черепа.—Литературные источники.

Различные взгляды авторитетовъ хирургіи на трепанацію черепа.

Трепанація черепа, какъ терапевтическое средство при нѣкоторыхъ мозговыхъ страданіяхъ, введена въ хирургію еще Амбруазомъ Парэ [1562 [1])]. Впослѣдствіе эта операція получила такія безграничныя

[1]) См. его классическое сочиненіе «*La méthode curative des plays et fractures de la teste humaine avec les pourtraicts des instruments necessaires pour la curation d'icelles*» par Ambroise Paré, conseiller et premier chirurgien du Roi. Paris 1562.

права гражданства въ хирургіи, что операторы XVIII столѣтія трепанировали не только при всякомъ поврежденіи черепа, но даже при мозговыхъ страданіяхъ вообще; поэтому нѣкоторые болѣе раціональные хирурги начала нынѣшняго столѣтія возстали противъ примѣненія этой операціи, не видя въ ней никакого успѣха. Такъ, напримѣръ, знаменитый полевой хирургъ нѣмецкой арміи Штромейеръ высказалъ даже извѣстный афоризмъ: *«Wer heutzuge noch trepanirt, ist selbst auf den Kopf gefallen»*. — Другіе его современники, — какъ Поттъ въ Англіи и Дезо во Франціи—прибѣгали, однакоже, къ трепанаціи въ тѣхъ случаяхъ поврежденій черепа, когда обнаруживались явленія усиленнаго внутричерепнаго давленія, т. е., такъ называемое *compressio cerebri*, Hirndruck, мозговое давленіе. Эти хирурги исходили изъ той точки зрѣнія, что вещество мозга несжимаемо, оно не уступаетъ давленію силы, уменьшающей емкость черепной полости; поэтому всякое кровоизліяніе въ полость черепа вытѣсняетъ только извѣстное количество liquoris cerebro-spinalis, вслѣдствіе чего происходитъ сжатіе волосныхъ сосудовъ мозга, влекущее за собою безкровіе центральной нервной системы; отсюда цѣлый рядъ клиническихъ явленій—судороги, коматозное состояніе, разстройства дыханія и дѣятельности сердца и проч. — извѣстный подъ общимъ названіемъ: *«признаки мозговаго давленія»*. Стало быть, если послѣ какого-либо поврежденія черепа обнаруживаются явленія усиленнаго внутричерепнаго давленія, то только путемъ наложенія искусственнаго отверстія въ черепномъ ящикѣ (трепанаціею) можно устранить вредное вліяніе давленія на мозгъ.

Теорія «сжатія мозга» (compressio cerebri).

Во второй половинѣ текущаго столѣтія теорія «сжатія мозга» потеряла свое довѣріе въ глазахъ многихъ клиницистовъ, такъ какъ большинство случаевъ ранней трепанаціи черепа при травматическихъ поврежденіяхъ головы (напр., при огнестрѣльныхъ ранахъ) кончались смертельно и, повидимому, операція не устраняла причины бурныхъ явленій мозговаго раздраженія.

На основаніи представленныхъ мною наблюденій проф. Гётчинсона я вправѣ думать, что и этотъ современный дѣятель по клинической хирургіи придерживается такого же взгляда относительно явленія сжатія мозга. Иначе трудно себѣ объяснить, почему въ случаяхъ подъ №№ 15, 22, 32 и друг. (таблицы XII), гдѣ клинически наблюдались явленія «сжатія мозга» вслѣдствіе кровоизліянія или внѣдренія осколковъ, не была сдѣлана трепанація черепа.

Мнѣніе Бергмана объ этой теоріи.

Другой современный хирургъ—проф. Бергманъ, на основаніи наблюденій, вынесенныхъ имъ съ театра войны нашей послѣдней турецкой кампаніи, напротивъ того, сталъ поборникомъ вышеприведенной теоріи «сжатіи мозга».—Въ его классическомъ трудѣ, озаглавленномъ «*Die Lehre von den Kopfverletzungen*» [1]) 1880 г. и цѣлымъ рядомъ опытовъ, описанныхъ имъ въ работѣ «*Ueber den Hirndruck*» [2]), онъ доказалъ, что сдавленіе мозга невозможно. Бергманъ, между прочимъ, говоритъ, что только на основаніи этого ученія ему удалось въ послѣднее время изъ 22-хъ случаевъ подкожнаго раненія черепа, въ 20-и случаяхъ спасти жизнь больныхъ вскрытіемъ черепной полости и удаленіемъ большаго экстравазата изъ разорванной arteriae meningeae mediae.

Опроверженіе ея проф. Адамкевичемъ.

Противъ теоріи «сжатія мозга» и вообще противъ ученія Бергмана объ этомъ вопросѣ ополчился профессоръ общей патологіи Краковскаго университета д-ръ Адамкевичъ, выступившій съ двумя работами: «*Ueber Hirndruck und Hirncompression*» и «*Experimentalkritik der herrschenden Lehre vom Hirndrucke*» [3]). Названный авторъ, на основаніи своихъ экспериментальныхъ изслѣдованій, полагаетъ, что *старое* ученіе «о мозговомъ давленіи» ошибочно. Онъ нашелъ, что весь комплектъ явленій, извѣстный подъ названіемъ «*симптомы давленія на мозгъ*», *зависитъ не отъ сжатія мозга, а отъ ненормальнаго раздраженія*, вызывающаго паралитическое состояніе мозговаго вещества, реагирующаго, подобно простому нерву, на всѣ раздраженія одинаковымъ образомъ. Внутричерепной болѣзненный очагъ (Herd) никогда не причиняетъ ни общей, ни мѣстной анэміи мозга, но, наоборотъ, производитъ *гиперэмію* въ сдавливаемомъ мѣстѣ. Далѣе, Адамкевичъ утверждаетъ, что ненормальнаго мозговаго давленія въ черепной полости вообще не бываетъ по слѣдующимъ причинамъ: а) liquor cerebro-spinalis, какъ трансудатъ крови, образуется лишь въ такомъ количествѣ, которое соотвѣтствуетъ какъ разъ пространству между веществомъ мозга и черепомъ; эта жидкость никогда не можетъ быть подъ давленіемъ большимъ, нежели давленіе въ волосныхъ сосудахъ; б) отверстія и поры черепа, равно какъ открытыя соустія черепныхъ полостей съ периферическимъ потокомъ лимфы

---

¹) Сочиненіе это переведено на русскій языкъ д-ромъ В. В. Святловскимъ.

²) См. Langenbeck's Archiv f. klinische Chirurgie, т. XXXII, стр. 785.

³) См. «Wiener Klinik» 1884 г., тетрадь 8 и 9.

устраняютъ всякое ненормальное повышеніе давленія liquoris cerebro-spinalis; в) ученіе о «несжимаемости мозговаго вещества» основано на глубокомъ заблужденіи. Это послѣднее заключеніе проф. Адамкевичъ дѣлаетъ на основаніи своихъ опытовъ надъ мозгомъ кроликовъ, у которыхъ онъ вводилъ въ полость черепа палочки laminariae digitatae; послѣднія, разбухая, сдавливали мозговое вещество и выжимали, соотвѣтственно своему объему, изъ полости черепа извѣстное количество жидкости, но не крови; при этихъ опытахъ авторъ не наблюдалъ ни малѣйшихъ нарушеній въ функціи сдавленнаго мозга, если только это сжатіе не переходило извѣстнаго предѣла.

Профессоръ Бергманъ на это возражаетъ: «Адамкевичъ впалъ «въ ошибку: онъ смѣшиваетъ *сжатіе* съ *выжиманіемъ* (er hat Zu-«sammendrücken mit Ausdrücken verwechselt). Когда я сжимаю рукой «влажную губку, то я выжимаю изъ нея воздухъ и воду и, такимъ «образомъ, уменьшаю объемъ губки. Но если бы я былъ въ состояніи «обхватить рукою губку герметически (luftdicht), то у меня не хва-«тило-бы силы уменьшить объемъ этой же губки; теперь же жидкость, «заключающаяся въ послѣдней, легко вытекаетъ чрезъ щели между «пальцами.—Мозгъ—есть та губка, о которой я говорю; малѣйшее «давленіе на мозгъ (напр., фонтанель) выгоняетъ тканевую жидкость, «равно какъ liquor cerebro-spinalis изъ полости черепа чрезъ имѣю-«щіеся открытые пути» [1])?

Далѣе, Бергманъ доказываетъ, что при вышеуказанномъ опытѣ давленіе распространяется, по законамъ гидростатики, равномѣрно на всѣ щели и полости головнаго и спиннаго мозга, содержащія liquor cerebro-spinalis. Если избытокъ напряженія достигнетъ степени давленія крови въ волосныхъ сосудахъ, то кровообращеніе прекращается; стало быть, наступаетъ *анэмія*, а не *гиперэмія*, какъ утверждаетъ Адамкевичъ (см. выше). Но даже замедленіе кровообращенія, слѣдовательно, и замедленіе обмѣна газовъ, имѣетъ серьёзныя послѣдствія для мозга: спачала поражается, какъ извѣстно, корковое вещество, потомъ, при возростаніи давленія, поражаются важные центры у основанія мозга, именно центры блуждающаго и сосудодвигательныхъ нервовъ. Отсюда вытекаетъ причина клиническихъ симптомовъ «сдавленія мозга»: замедленіе пульса, повышеніе, а впослѣдствіи, по-

---

[1]) См. «*Ueber den Hirndruck*» von Prof. Ernst v. Bergmann (Langenbeck's Archiv, т. XXXII, стр. 708).

ниженіе кровянаго давленія, потеря сознанія, сопоръ и коматозное состояніе. Опредѣленная послѣдовательность и правильное сочетаніе этихъ симптомовъ позволяютъ установить клиническое распознаваніе «давленіе на мозгъ» и даютъ показаніе къ хирургическому вмѣшательству.

Адамкевичъ полагаетъ, что liquor cerebro-spinalis находится въ черепной полости подъ низкимъ давленіемъ; но это предположеніе Бергманъ опровергаетъ наблюденіемъ надъ мозговою грыжею (meningocele), при которой онъ соединилъ помощью троакарной трубки полость кисты съ кимографомъ; при этомъ Бергманъ видѣлъ явственныя пульсовыя и дыхательныя колебанія спинно-мозговой жидкости, а также опредѣлилъ и давленіе, подъ которымъ находилась эта жидкость. Давленіе это равнялось 60—80 мм. водянаго столба; оно усиливалось при крикѣ ребенка и при сдавливаніи родничка и падало во время сна или когда ребенка держали внизъ головой; слѣдовательно, давленіе liquoris cerebro-spinalis находится въ прямой зависимости отъ дѣятельности сердца. Дальнѣйшія измѣренія давленія обнаружили существованіе венной пульсаціи въ полости черепа, которая объясняется распространеніемъ на вены давленія, дѣйствующаго при систолѣ сердца на спинно-мозговую жидкость. Адамкевичъ утверждаетъ, что послѣдняя можетъ быстро всасываться; но это предположеніе требуется еще доказать, ибо новѣйшія изслѣдованія не подтвердили существованія въ мозгу тѣхъ большихъ лимфатическихъ сосудовъ вдоль v. jugularis internae, которые принимались прежними анатомами. Главный стокъ liquoris cerebro-spinalis изъ полости черепа можетъ совершаться только чрезъ Пахіоновы грануляціи, которыя сами находятся въ полости черепа. Такимъ образомъ, по мнѣнію Бергмана, всѣ доводы Адамкевича неосновательны и не могутъ поколебать ученія о мозговомъ давленіи.

«Я утверждаю», говоритъ Бергманъ въ своемъ заключеніи, «что «усиленное напряженіе liquoris cerebro-spinalis прежде всего нарушаетъ «циркуляцію крови, оно затрудняетъ и запружаетъ въ мозгу крово-«обращеніе, а затѣмъ уже чрезъ нее дѣйствуетъ на центральную нерв-«ную систему, т. е., раздражаетъ и парализуетъ мозговую ткань. Та-«ково старое, но остающееся понынѣ непоколебимо и современно, уче-«ніе о травматическомъ давленіи на мозгъ».

Показанія къ трепанаціи черепа.

Коснувшись мимоходомъ вопроса объ оперативномъ пособіи при травматическомъ поврежденіи головы, я считалъ необходимымъ оста-

новить вниманіе читателя на современномъ ученіи о «мозговомъ давленіи» потому, что оно составляетъ, такъ сказать, центръ тяжести занимающаго насъ вопроса—о показаніи къ трепанаціи черепа.—На основаніи вышеприведенной теоріи нѣмецкая школа хирургіи (Фолькманъ, Бергманъ, Социнъ, Блумъ и друг.) приняла слѣдующія показанія для трепанаціи черепа при острыхъ травматическихъ поврежденіяхъ головы; 1) внутричерепное кровотеченіе изъ средней артеріи твердой мозговой оболочки (art. meningeae mediae); 2) скопленіе крови или гноя въ черепномъ ящикѣ, вызывающее раздраженіе мозговой ткани; 3) внѣдреніе осколковъ или инороднаго тѣла, которые не могутъ быть удалены безъ трепанаціи.

При описаніи германскихъ школъ хирургіи я представляю свои наблюденія изъ клиникъ Бергмана и Фолькмана, гдѣ трепанація черепа производится очень часто и съ весьма хорошими успѣхами. Но и въ англійской литературѣ вопросъ этотъ разработывается весьма усердно и многосторонне; я могъ бы привести весьма длинный рядъ именъ англійскихъ госпитальныхъ хирурговъ, которые обнародовали сотни случаевъ трепанаціи черепа при различныхъ показаніяхъ къ этой операціи; но я ограничусь здѣсь только указаніями новѣйшихъ работъ по «хирургіи мозга» (cerebral surgery),—такъ называютъ англичане вопросъ объ оперативномъ пособіи при мозговыхъ страданіяхъ вообще.

Перечень новѣйшихъ англійскихъ работъ по хирургіи мозга.

1) R. W. Amidon.—*A statistical contribution to cerebral surgery* [Статистическій обзоръ случаевъ хирургіи мозга [1])].

2) Lawford Knaggs.—*Remarks on the surgical treatment of depressed compound fractures of the skull* [О хирургическомъ леченіи вдавленныхъ сложныхъ переломовъ черепа [2])].

3) Victor Horsley.—*Brain Surgery* [Хирургія мозга [3])].

4) Arthur Hare.—*Lectures on cranial surgery* [4]). (Лекціи о черепной хирургіи, читанныя авторомъ на курсѣ Оперативной Хирургіи въ Эдинбургскомъ университетѣ).

5) Hale White.—*The conditions of the bones of the skull and the dura mater in cases of tumour of the brain* [Состояніе костей черепа и твердой мозговой оболочки при опухоляхъ въ мозгу [5])].

---

[1]) См. «Annals of Surgery», March 1885.
[2]) См. «The Lancet», 17 March 1888.
[3]) См. «British Med. Journal», 9 October 1886.
[4]) См. «The Lancet», February 4, March 3, 10. 1888.
[5]) См. «Guy's hospital Reports» т. XLIII, 1886.

6) Hale White.—*One hundred cases of cerebral tumour with reference to cause, operative treatment, mode of death and general symptoms.* [Сто случаевъ мозговыхъ опухолей съ указаніемъ причины, оперативнаго леченія, исхода и общихъ признаковъ [1])].

7) W. H. Jacobson.—*Middle meningeal haemorrage.* [О кровотеченіи изъ средней артеріи твердой мозговой оболочки [2])].

Въ виду особеннаго интереса этого вопроса, я считаю полезнымъ познакомить своихъ читателей съ сущностью перечисленныхъ работъ; но здѣсь я остановлюсь только на первыхъ четырехъ работахъ; при описаніи же дѣятельности Guy's hospital (см. слѣдующую главу), я разсмотрю труды Уайта и Джекобсона, такъ какъ послѣдніе производили свои наблюденія именно въ названномъ госпиталѣ.

Мнѣніе Амидона о терапіи травматическихъ поврежденій мозга.

I.—Амидонъ въ своихъ двухъ предшествующихъ работахъ приходитъ къ такому выводу: «Доступныя новообразованія въ мозгу, про«тивустоящія терапевтическому леченію и продолжающія своимъ раз«ростаніемъ угрожать жизни больнаго, должны быть удалены опера«тивнымъ путемъ, ибо обыкновенно эти новообразованія представ«ляются одиночными (рѣдко они имѣютъ вторичные фокусы) и окру«женными демаркаціонною линіею въ формѣ воспалительнаго круга; «если же ихъ не удалять, то они *во всякомъ случаѣ* убиваютъ боль«наго своимъ давленіемъ [1]).

Въ выше же названной работѣ тотъ же авторъ представляетъ статистическую таблицу 115 случаевъ трепанацій черепа и однородныхъ ей операцій на головѣ, при различныхъ показаніяхъ къ этимъ операціямъ, которыя были предприняты различными хирургами, за періодъ времени съ 1879 по 1885 г., при соблюденіи строгихъ мѣръ противугнилостной хирургіи. Цѣль этой таблицы, говоритъ Амидонъ, доказать, что трепанація черепа *per se*—не есть опасная операція, при томъ способѣ выполненія ея, какой примѣняется въ настоящее время большинствомъ хирурговъ.

Изъ 115 оперированныхъ при весьма разнообразныхъ условіяхъ умерло 29; но изъ этого числа въ 25 случаяхъ операція была предпринята при явленіяхъ, несомнѣнно угрожавшихъ жизни больныхъ; слѣдовательно, только въ 4-хъ случаяхъ трепанація, сама по себѣ,

---

[1]) См. тамъ-же.
[2]) См. тамъ-же.
[3]) Annals of Surgery 1885 г., т. I, стр. 197.

причинила смерть; отсюда авторъ заключаетъ, что смертность разбираемой нами операціи можно только выразить числомъ 3,2%. Неуспѣшною трепанація черепа оказалась при слѣдующихъ условіяхъ: 6 разъ — при существованіи нарыва въ мозгу еще до производства операціи; 5 разъ—при менингитѣ во время операціи; въ четырехъ случаяхъ у оперированныхъ показался *shock*, убившій больныхъ; двое оперированныхъ умерло вслѣдствіе кровотеченія изъ вѣтви art. meningeae mediae (поврежденной не во время операціи); одинъ оперированный умеръ отъ кровотеченія изъ только-что названной артеріи, разсѣченной ударомъ сабли по головѣ; одинъ — вслѣдствіе кровотеченія изъ разорванной пазухи (sinus longitudinalis); одинъ—отъ быстротечной унаслѣдованной чахотки; одинъ — отъ воспаленія легкихъ; одинъ — отъ распространненнаго ушиба мозга; одинъ—отъ отравленія опіумомъ, и трое трепанированныхъ умерло, по указаніямъ пользовавшихъ ихъ врачей, не отъ операцій.

По такимъ слишкомъ обобщеннымъ указаніямъ о причинахъ смертельнаго исхода, я полагаю, трудно судить объ умѣстности предпринятой операціи; тѣмъ болѣе непозволительно выводить процентъ смертности послѣдней, какъ это дѣлаетъ Амидонъ. Въ виду этого я считаю необходимымъ представить здѣсь въ формѣ таблицы всѣ случаи *травматическихъ* поврежденій головы, собранные авторомъ изъ англійской литературы, т. е., я исключу тѣ случаи трепанаціи черепа, которые были сдѣланы ради опухолей или сифилитическаго пораженія костей, и нѣсколько случаевъ (всего 7), приведенныхъ авторомъ изъ французскихъ и нѣмецкихъ источниковъ.

Таблица XIV, указывающая исходъ трепанацій при травматическихъ поврежденіяхъ черепа.

№№ по пор.	Авторъ и источникъ.	Полъ и возрастъ.	Характеръ повреждения.	Клиническія явленія.	Операція.	Леченіе операціонной раны.	Исходъ.	Примѣчанія.
1	Rankin, *St. Louis Med. et Surg. Journ.*, 1880, стр. 124.	М. 34	Огнестрѣльная рана пулей. Минье.	*Давленіе на мозгъ.* Два года спустя обнаружились эпилептическіе припадки и начало слабоумія.	*Трепанація дважды*; послѣдній разъ черепъ былъ вскрытъ помощью Геевской пилы, ниже лѣвой лобной пазухи и извлеченъ вдавленный осколокъ кости.	Растворъ карболовой кислоты.	Выздоровленіе, исключая слабоумія.	—
2	Briggs, *Tran. Amer. Med. Assoc.*, 1880, стр. 755.	М. 14	Ударъ копытомъ лошади въ переднюю часть правой темянной кости.	Потеря сознанія въ теченіи нѣкотораго времени. Судороги въ лѣвомъ плечѣ.	*Трепанація*; извлечены три осколка.	—	Выздоровленіе.	—
3	Mac Gutcheon, *N. O. Med. et Surg. Journal*, 1881, стр. 259.	М. ?	Ударъ вблизи бугра затылочной кости.	На 6-й недѣлѣ больной ослѣпъ; послѣ первой трепанаціи появились *признаки мозговаго давленія*. Много времени спустя послѣ второй трепанаціи обнаружилась эпилепсія; послѣ третьей трепанаціи—жестокія головныя боли.	*Трепанація* была предпринята *пять разъ* въ различное время.	—	Тоже.	Въ этомъ замѣчательномъ случаѣ трепанація черепа ни разу не сопровождалась какою либо опасностью, а, напротивъ, приносила значительное облегченіе больному.
4	Page, «*Brain*»,	Ж. 19	Пистолетная рана немного ни-	На 2-й день повысилась темп. и показалось воспа-	*Трепанація* на 7-й день; удалены кровяной	Листеровская повязка.	Смерть при коматозномъ состояніи на	На 9-й день появились гемиплегія и внут.

5	Bartlett, *St.Louis Med. et Surg. Journal*, 1879, стр. 211.	M.20 л.	Ударъ карманнымъ ножемъ вдоль лѣвой височной впадины.	количества крови съ примѣсью мозговаго вещества.	значительномъ протяженіи=2,5 × 1,5 сант.	компрессы.	высокой темп.	казало: раненіе задней вѣтви art. meningeae mediae и развитой кровоподтекъ надъ лѣвымъ полушаріемъ мозга.
6	Rivington, «*Brain*», 1881 и 1882, стр. 413.	M.31 г.	Быстролетное паденіе и ударъ въ верхне-передній уголъ теменной кости. Колотая рана.	Три дня спустя появились жестокія головныя боли, бредъ и легкая гемиплегія на лѣвой сторонѣ.	Первый разъ *трепанированъ* мѣсяцъ спустя послѣ поврежд.; послѣдовало облегченіе. Затѣмъ больной подвергался еще *три раза* операціи, при помощи долота было расширено отверстіе въ черепѣ и извлеченъ омертвѣвшій осколокъ кости. При послѣдней трепанаціи операторъ разсѣкъ dura mater и выпустилъ 250 куб. стм. гноя; зондъ углублялся въ мозгъ на 5 стм.	Листеровскія повязки.	Выздоровленіе спустя 16 мѣсяцевъ послѣ повреждения.	Послѣ освобожденія мозговой полости отъ массы гноя, больной сталъ ходить и свободно дѣйствовать лѣвой рукой и пальцами. Рѣчь не вполнѣ плавная. Рана зажила на 15-й день, а значительное улучшеніе обнаружилось мѣсяцъ спустя послѣ 4-й операціи.
7	Duffield, *Medic. Gazette*, 1880, стр. 247.	?	Сложный переломъ.	—	*Трепанація* черепа.	?	Выздоровленіе.	—
8	Kelley, *N. York Med. Record*, 1880, стр. 64.	Ребен. 7 л.	Ударъ копытомъ лошади. Сложный переломъ верхне-задняго угла правой теменной кости.	—	Оперативнымъ путемъ *извлечено два осколка кости* въ 5 стм. и 2 стм. длиною.	Ледъ и цѣлесообразное дренажированіе.	Выздоровленіе въ 7 недѣль.	—

9	Kelley, Ibidem.	M. 31 г.	Ударъ машиной. Сложный переломъ лобной кости влѣво отъ срединной линіи и сліянія съ теменной костью.	—	*Извлечено нѣсколько осколковъ*, изъ которыхъ одинъ внѣдрился въ мозговую ткань; обильное кровоизліяніе.	Ледъ.	Выздоровленіе.	—
10	West, *Proc. Royal Med. Chir. Soc.*, London 1880, стр. 439	Ж. 14 л.	Ударъ камнемъ.	8 лѣтъ спустя эпилепсія, слабоуміе, затрудненная рѣчь, непроизвольныя испражненія.	*Два осколка кости извлечены* путемъ трепанаціи.	Антисептическая повязка.	Рѣчь возстановилась, равно какъ контроль надъ мочевымъ пузыремъ и прямою кишкой.	—
11	Benton, *Proc. Med. Soc. King's College*, 1883 – 1884, стр. 256.	M. 14 л.	Ударъ камнемъ въ 10 фунтовъ въ лѣвую височно-затылочную область. Dura mater значительно повреждена.	Haematoma. Истеченіе 30 граммовъ свѣтлой мозговой жидкости.	Haematoma опорожнена, *извлеченъ осколокъ* въ 7,5 стм., который былъ вдавленъ въ мозгъ.	Карболовая кислота.	Выздоровленіе безъ паралича.	Образовавшаяся грыжевая опухоль мозга была срѣзана.
12	Benton, Ibidem.	M. 7 л.	Ударъ копытомъ; сложный переломъ лобно-височной области. Dura mater изорвана; выпаденіе мозговой ткани.	Полусознательное состояніе два—три дня: легкій параличъ на правой сторонѣ.	*Трепанація* и извлеченіе осколковъ кости въ 6,5 стм.	Противугнилостная повязка.	Выздоровленіе съ незначительнымъ нарушеніемъ координаціи движенія въ ниж. конечностяхъ, нѣкоторое слабоуміе.	—
13	Benton, Ibidem.	M. 28 л.	Слетѣлъ головой внизъ съ вы-	Кровотеченіе изъ sinus longitudinalis.	—	—	Выздоровленіе.	—

	... Am. *Practiоn,* 1883, стр. 237.		... чилъ ударъ остроконечнымъ молотомъ.	... тоянін, а затѣмъ вполнѣ оправился. На 23-мъ году сталъ чувствовать боль на углубленномъ мѣстѣ и показались явленія остраго умопомѣшательства.	... локъ въ $2^1/_2$ стм. въ діаметрѣ на границѣ suturae sagittal. et longitudin. Извлечены еще три кружка.			
15	Munford, *Am. Pract.,* 1883, стр. 337.	М. 14 л.	Переломъ правой теменной кости соотвѣтственно височному шву.	Коматозное состояніе.	*Трепанація.*	?	Смерть.	Сначала замѣчалось облегченіе. Смерть не была въ зависимости отъ операціи.
16	Munford, Ibid.	М. взрослый.	Сложный переломъ передняго угла лѣвой теменной кости.	Aphasia.	При *трепанаціи* удалена свернувшаяся и жидкая кровь.	—	Выздоровленіе.	Бредъ послѣ операціи. Афазія исчезла въ теченіи недѣли.
17	Munford, Ibid.	Тоже.	Сложный переломъ вдоль лѣвой теменной кости.	На 8-й день лихорадка, головныя боли и умопомѣшательство.	*Трепанація* помощью пилочки Гея.	Рана оставлена открытою и орошалась тепловатою водою.	Тоже.	—
18	Munford, Ibid.	Тоже.	Сложный переломъ кости 4 с. надъ лѣвою бровью прикладомъ ружья.	Рана зажила и больной могъ работать; но черезъ двѣ недѣли показались судороги.	Разрѣзъ чрезъ рубецъ и *извлеченъ* внѣдрившійся *осколокъ* кости.	?	Тоже.	—
19	Gay, *Buffallo Med. Journ.,* 1881—1882, стр. 111.	М. 18 л.	Ушибъ въ голову при паденіи съ экипажа.	—	*Трепанація* сдѣлана на срединѣ между заднимъ бугромъ затылочной кости и правымъ сосцевиднымъ отросткомъ и *извлечены осколки,* изъ которыхъ одинъ длиною въ 12 млм. сидѣлъ въ мозгу.	Цѣлесообразное дренажированіе.	Выздоровленіе черезъ мѣсяцъ.	—

20	Gay, Ibid.	М. 23 л.	Сложный переломъ правой надглазничной области при паденіи съ высоты 5-и метровъ.	—	*Трепанація* на 5-й день; удалены кровяные сгустки съ мозговой оболочки.	Дренажная трубка.	Выздоровленіе на 16-й день.	—
21	Roberts, *Am. Pract.*, 1883, стр. 337.	М. 45 л.	Ударъ пивною кружкой на $2^1/_2$ стм. надъ лѣвымъ лобнымъ бугромъ.	На 11-й день боль, лихорадка, потеря аппетита, тошнота и рвота. На 15-й день—ознобъ.	*Трепанація* на 15-й день.	—	Смерть въ день операціи.	При вскрытіи найденъ былъ нарывъ въ задней области мозга.
22	Roberts, Ibid.	М. 23 л.	Упалъ съ моста въ 10 метровъ вышиною и получилъ ударъ въ голову.	На третій день ознобъ, лихорадка, тошнота и т. п. На 5-й день афазія и судороги; на 6-й день—судороги.	*Трепанація* на 6-й день; выпущено до 45 куб. стм. темной крови.	—	Выздоровленіе.	—
23	Roberts, Ibid.	М. 16 л.	Деревянный брусъ упалъ съ высоты 10-ти метровъ на голову.	На другой день неполное владѣніе лѣвымъ плечомъ и лѣвою голенью. На 25-й день ознобъ, лихорадка, потъ и параличъ.	*Трепанація* на 25-й день; выпущено 30 куб. стм. гноя.	—	Смерть на 32-й день.	Головныя боли утихли и самочувствіе было недурно; но вдругъ образовалась мозговая грыжа и 8 часовъ спустя больной умеръ.
24	Roberts, Ibid.	М. 6 л.	Сложный переломъ надъ лѣвою лобною пазухой въ 5 стм. въ діаметрѣ. Истеченіе крови и мозговой ткани.	—	*Трепанація.*	Противугнилостная повязка и дренажъ.	Выздоровленіе.	—
25	Roberts, Ibid.	М. 30 л.	Огнестрѣльная рана, въ верхней $^1/_4$ лѣвой те-	Два года спустя обнаружились припадки эпилепсіи, тяжелыя головныя бо-	*Трепанація;* изъ durae matris извлечены осколки кости и куски	—	Тоже.	—

	Nashville Journal Med. and Surg., 1880, стр. 14.		отъ роду упалъ на голову.	нательн. состоянія. 10 мѣсяцевъ спустя показались сильныя судороги и слабоуміе. Ко времени операціи припадки эпилепсіи повторялись отъ 40—50 разъ въ сутки.	чена вдавленная кость.		ное облегченіе мѣсяцъ послѣ операціи.	
28	Dorr, *Buffalo Med. and Surg. Journ.*, 1879—1880, стр. 475.	?	Сложный переломъ на протяженіи $5^1/_2$ стм. непосредственно надъ правымъ глазомъ.	—	*Трепанація долотомъ.*	Холодъ.	Выздоровленіе.	—
29	Dorr, Ibid.	М. 30 л.	Простой переломъ праваго теменнаго бугра; овальный осколокъ кости въ 4 стм. длиною.	На 2-й день послѣ ушиба замѣчалось угнетеніе мозговой дѣятельности. На 3-й день—немощность въ лѣвомъ плечѣ и голени.	*Трепанація долотомъ.*	—	Тоже.	—
30	Hulke, *Med. Times and Gazette*, 1881, т. II, стр. 85.	М. 21 г.	Упалъ съ вышины одного метра и ударился правымъ вискомъ о каменную стѣну.	6 мѣсяцевъ спустя появились жестокіе припадки эпилепсіи—до 14 разъ въ сутки; спазмы жевательныхъ мышицъ и верхней губы, episthotonus, головныя боли.	*Трепанація* на правой сторонѣ височной области на $2^1/_2$ стм. выше ея вачала. Пробный троакаръ, введенный въ глубь на 3 стм., выпустилъ до 30 куб. стм. жидкой liquoris cerebrospinalis въ теченіи нѣсколькихъ минутъ.	—	Смерть отъ наслѣдственной быстротечвой чахотки.	Операція не давала никакого облегченія больному.
31	Lucas, *Med. Times and Gazette*, 1881, т. I, стр. 457.	М. 46 л.	Тяжелое бревно упало съ 10 метровъ вышины и ударило въ правый лобный бугоръ.	Тошнота; параличъ правой половины лица; возбужденіе.	*Трепанаціей* извлечено 10 осколковъ кости; dura mater была прободена.	Spray и карболовая повязка.	Выздоровленіе.	—

32	Lucas, Ibid., стр. 486.	?	Чрезвычайное размозженіе височной доли мозга.	—	*Трепанація.*	—	Смерть.	Непосредственно вслѣдъ за операціею наступила смерть.
33	Lucas, Ibid., стр. 516.	М. 32 л.	Упалъ навзничъ и ушибъ голову.	Пять мѣсяцевъ спустя появились головныя боли, ограниченная гемиплегія на правой сторонѣ и афазія.	*Трепанація* на лѣвой затылочной области.	—	Выздоровленіе.	Головныя боли ослабѣли.
34	Hunt, *Ann. Anat. and Surg. Soc.*, 1880, т. II, стр. 433.	М. 18 л.	Ударъ желѣзнымъ брускомъ. Сложный переломъ лѣвой теменной кости.	—	*Трепанація* и извлеченіе осколковъ, которые были вдавлены на 2 млм. въ глубь и на протяженіи 3-хъ стм.	Карболовая кислота; дренажъ, противугнилостная повязка.	Тоже.	—
35	Dowson, *Med. T. and Gazette*, 1878, т. II, стр. 378.	М. 25 л.	Сабельн. ударъ надъ лѣвымъ ухомъ.	Паренхиматозное, неукротимое кровотеченіе изъ раны.	*Трепанація*, кровотеченіе исходило изъ глубины мозга.	—	Смерть къ концу 21-го часа.	Средняя art. meningea была найдена перерѣзанною.
36	Jordan, *Med. T. and Gaette*, 1879, т. II, стр. 1.	М. 20 л.	Ударъ аспиднымъ камнемъ въ средину правой теменной кости; потеря мозговаго вещества.	На другой день могъ еще ходить, во затѣмъ обнаружилась гемиплегія лѣвой половины тѣла.	*Трепанація.* Извлечены осколки кости, куски поярковой шляпы и бумаги изъ мозга. Одинъ осколокъ кости проникалъ въ глубь мозга на 3 стм.	Компрессъ изъ раствора терпентина.	Выздоровленіе.	Одинъ день темп. достигала до 40° (Ц.).
37	Gaut, *Br. Med. Journ.*, 1880, т. I, стр. 479.	М. 29 л.	Сложный переломъ лѣвой теменной кости.	На 2-й день бредъ; темп. 39°; на третій день—частичный параличъ праваго плеча и правой стороны лица. 8 часовъ послѣ операціи конвульсіи флексоровъ и экстензоровъ правой кисти и пальцевъ; обѣ брови безпрерывно подымались и опускались. На 5-й день спазмы въ правой голени.	*Трепанація* на 4-й день. Ничего не найдено.	—	Смерть на 6-й день. Тем. 41°.	При вскрытіи оказалось, что острый осколокъ кости застрялъ въ мозгу. Оба полушарія были окружены зеленоватымъ гноемъ.
						—	Выздоров-	Два мѣсяца

								ствіи появилась полная гемиплегія лѣвой стороны, продолжавшаяся 4 дня; затѣмъ исчезла вполнѣ.
39	Briddon, *N. Y. Med. Journ.*, 1879, стр. 309.	М. 61 г.	Кирпичъ упалъ на голову и причинилъ сложный вдавленный переломъ на правой ½ свода черепа.	На 3-й день—знобъ, лихорадка, головокруженіе и свѣтобоязнь; на 6-й день рвота и ступоръ; на 9-й день—знобъ, непроизвольныя испражненія, судороги лица.	*Трепанація*, извлечены осколки кости и острые края; отверстія сглажены напильникомъ. На 8-й день сдѣланъ надрѣзъ въ dura mater и выпущено немного гноя съ кровью.	Растворомъ спирта.	Смерть.	Лѣвое полушаріе покрыто сросшеюся ложною перепонкою; въ паутинной оболочкѣ мозга найдено скопленіе зеленоватаго гноя.
40	Allis, *Phil. Med. Times*, 1881, стр. 576.	?	Ударъ кинжаломъ въ передне-нижній уголъ лѣвой теменной кости.	*Давленіе на мозгъ*, гемиплегія и афазія. Послѣ операціи могъ двигать правою рукою. Недѣлю спустя, оперированный могъ прогуливаться съ палкою въ рукахъ; только рѣчь не возстановилась вполнѣ.	*Трепанація* на 10-й часъ послѣ поврежденія; выпущено до 30 куб. стм. темной жидкой крови.	—	Выздоровленіе.	Три мѣсяца спустя больвой умеръ отъ оспы.
41	Brinton, *Phil. Med. T.*, 1881, стр. 576.	М. взрос.	Слетѣлъ съ вышины и нанесъ себѣ дугообразный переломъ чрезъ лобную кость отъ одного наружнаго угла до другаго.	—	При помощи пилы освобожденъ былъ нижній *отломокъ кости*, который внѣдрился подъ верхній, и *извлекли* его изъ черепной полости.	—	Тоже.	—
42	Brinton, Ibid.	Тоже.	Вдавленный сложный переломъ въ центрѣ затылочн. кости.	Обильное кровотеченіе.	*Трепанація* и наложеніе лигатуры на sinus lateralis.	—	Тоже.	

43	Nancrede, *Phil. Med. T.*, 1883—1884, стр. 440.	М. взр.	Головой попалъ между желѣзнымъ рычагомъ и большимъ бревномъ и размозжилъ себѣ почти $^2/_3$ правой височной впадины, на 3 стм. вглубь; dura mater осталась неповрежденною.	Ходитъ; никакихъ нарушеній въ двигательныхъ и чувствительныхъ нервахъ.	*Извлечены осколки и arteria meningea media перевязана.*	Сублиматовая повязка.	Выздоровленіе.	—
44	Boon, *Lancet*, 1881, т. II, стр. 788.	М. ребенокъ.	Получилъ ударъ камнемъ, пущеннымъ съ больш. силою; вдавленный переломъ на лѣвой сторонѣ лобной кости.	Безсознательное состояніе; на другой день пришелъ въ себя; въ теченіи дня 13 эпилептическихъ припадковъ.	На 2-й день *извлечена вдавленная кость.*	Слабый растворъ карболовой кислоты.	Тоже.	На 7-й день жестокій эпилептическій припадокъ, длившійся съ 10 минутъ.
45	Cotterell, *Lancet*, 1881, т. II, стр. 789.	?	Вдавленный сложный переломъ лѣвой височной области.	Безсознательное состояніе.	*Трепанація;* непосредственное возвращеніе сознанія.	Рана оставлена открытою и орошалась карболовой кислотой.	Выздоровленіе черезъ недѣлю.	—
46	Leahy, *Lancet*, 1882, т. I, стр. 346.	?	Сложный переломъ передняго угла правой темянной кости.	Наивысшая темп. 39°.	*Удалено нѣсколько осколковъ;* внутренняя пластинка извлечена на значительномъ протяженіи.	—	Выздоровленіе.	—
47	Blanc, *Lancet*, 1882, т. II, стр. 1023.	?	Сложный переломъ лобнаго бугра и продолжающійся по ту сторону suturae	На 11-й день опусканіе лѣваго вѣка; на 12-й день параличъ лѣваго лицеваго нерва. На другой день послѣ операціи исчезли яв-	*Трепанація* на 12-й день. Нѣкоторые осколки прободали мозгъ.	Противугнилостная повязка. Дренажъ. Рана держалась за-	Тоже.	—

			переломъ вблизи средины правой теменной кости.	параличъ лѣвой нижней конечности; на 5-й день эпилептическія судороги; на 6-й день—сильный знобъ и распространеніе паралича по лѣвому плечу.	день. Непосредственное ослабленіе паралича.		леніе на 49-й день.	
49	Blanc, Ibid.	?	Сложный переломъ надъ лѣвымъ глазомъ. Dura mater и мозгъ прободены.	На 3-й день—бредъ, темп. 40° Ц.	*Трепанація* на 3-ій день.	Противугнилостная повязка; дренажъ.	Выздоровленіе на 44-й день.	—
50	Hulke, *Lancet*, 1883, т. II, стр. 814.	М. взр.	Лѣстница ударила въ правый високъ.	$2^1/_2$ дня работалъ. Жестокія головныя боли. На правой сторонѣ гемиплегія, а на лѣвой спазматическія судороги.	*Трепанація* на 23-й день; перелома не было, но dura mater представлялась выпятившеюся. Пробнымъ троакаромъ выпущено 16 куб. стм. грязноватой, бурой жидкости.	Дренажированіе раны помощью шелковаго тампона, смоченнаго въ растворѣ борной кислоты.	Выздоровленіе.	—
51	Watson и Orchard, *Lancet*, 1884, т. II, стр. 11.	Мальчикъ.	Лѣстница ударила въ правую лобную область.	Потеря сознанія.	*Трепанація* на 7-й день и извлеченъ осколокъ внутренней пластинки.	—	Тоже.	На 18-й день образовалась мозговая грыжа. Бредъ, опусканіе праваго вѣка, недержаніе мочи. На 2-й мѣсяцъ вздрагиваніе мышцъ на лѣвой половинѣ лица и тѣла. Позднѣе полная гемиплегія, которая исчезла съ уничтоженіемъ опухоли тканей.

52	Wright и Pollard, *Lancet*, 1884, т. I, стр. 340.	М. 23 л.	Морской блокъ ударилъ въ лобную кость правой стороны.	—	*Трепанація.*	Листеровская повязка.	Выздоровленіе.	—
53	Wright и Pollard, Ibid.	М. 5 л.	Ударъ копытомъ лошади въ правую теменную кость.	—	*Трепанація.*	Тоже.	Тоже.	—
54	Wright и Pollard, Ibid.	М. 10 л.	Упалъ съ высоты 6-и метровъ и нанесъ себѣ вдавленный переломъ въ верхней половинѣ правой лобной кости. Dura mater изорвана.	—	*Трепанація.*	Тоже.	Тоже.	На 6-й день мозговая грыжа, которая придавливалась свинцовой пластинкой.
55	Brush, *Cincinсti Lancet and Clinic,* 1882, стр. 231.	М. 12 л.	Переломъ черепа при ударѣ упавшимъ аспидомъ; поврежденіе правой лобной и теменной костей до носа.	Кровотеченіе ртомъ.	Вдавленныя кости приподняты.	—	Смерть чрезъ 2 часа.	Сначала показалось нѣкоторое облегченіе послѣ операціи.
56	Brush, Ibid.	М. 35 л.	Въ дракѣ получилъ ударъ въ лѣвую височно-затылочную область, причинившій переломъ черепа.	На 3-ій день возвышеніе темп., ускоренный пульсъ и потеря сознанія.	*Трепанація.*	—	Выздоровленіе.	2 мѣсяца спустя онъ опять сдѣлался рудокопомъ, хотя остался глухъ на лѣвое ухо.
57	Brush, Ibid.	М. 40 л.	Переломъ при дракѣ.	—	*Трепанація.*	—	Тоже.	У этого больнаго были еще другія повреж-

	Journ., 1881, стр. 494.		... кости.	...ніе, хотя головныя боли по временамъ проявлялись. 11 лѣтъ спустя показались жестокія головныя боли.	...ти и извлеченъ копьевидный осколокъ кости въ 2 стм. длиною и 1½ стм. шириною.			
59	Messiter, *Birmingh'm Med. Revue*, 1883, стр. 202.	М. 18 лѣтъ.	Ударъ желѣзнодорожнымъ буферомъ; сложный вдавленный переломъ.	—	*Трепанація.*	—	Тоже.	Въ тоже время ампутировано правое плечо.
60	Messiter, Ibid.	М. 33 лѣтъ.	Сложный, вдавленный переломъ темени и височной костей.	—	*Трепанація.*	—	Тоже.	—
61	Messiter, Ibid.	М. ?	«Общее раздробленіе» лобной, височной и теменной костей большимъ желѣзнымъ брускомъ.	Истеченіе мозговой ткани въ пазухи.	*Трепанація.*	—	Смерть черезъ 3 часа.	Кратковременное улучшеніе вслѣдъ за операціей.
62	Eve, *South. Pract.*, 1883, стр. 8.	М. 44 лѣтъ.	Ударъ въ голову бревномъ.	Безчувственность въ продолженіи 3 часовъ. Чрезъ 3 недѣли поступилъ на работу. 13 лѣтъ спустя угнетеніе и тяжесть въ головѣ сдѣлали его неспособнымъ къ труду. На 14-мъ году эпилептическіе припадки, до 44 разъ въ сутки.	*На 14-мъ году трепанація.* Вдавленіе на 1 стм. въ лѣвой височно-затылочной области. *Извлечены два осколка кости.*	—	Выздоровленіе.	Незначительныя судороги во время выздоравливанія.
63	Jacobson, *Guy's hospit. Report*, 1878, стр. 112.	М. 11 лѣтъ.	Упалъ при крушеніи желѣзной дороги. Сложный переломъ пра-	—	*Трепанація* и извлеченіе осколка кости въ 4 кв. стм.	Противугнилостная повязка подъ spray.	Тоже.	—

			вой теменной кости.					
64	Smith, *Nash. Journ. Med. and Surg.*, 1882, стр. 15.	М. 10 лѣтъ.	Ударъ копытомъ лошади въ правую теменную кость. Переломъ на протяженіи 5 стм.	—	*Трепанація.*	—	Выздоровленіе.	—
65	Kelly, *Med. and Surg. Reporter*, 1879, стр. 43.	М. 7 лѣтъ.	Ударъ копытомъ лошади въ задне-верхній край лѣвой теменной кости.	Коматозное состояніе.	*Трепанація и удаленіе осколковъ* на протяженіи $7^1/_2 \times 8$ стм. черепной покрышки.	Карболовая кислота и холодныя примочки.	Тоже.	—
66	Noyes, *Ann. of Surgery*, т. 1, 1885, стр. 223.	М. 19 лѣтъ.	Ударъ оружейной пулей сквозь сводъ правой глазницы въ мозгъ.	Безчувствіе 4 дня.	Чрезъ 5 мѣсяцевъ послѣ поврежденія *инородное тѣло извлечено.* 16 дней спустя на лѣвой сторонѣ обнаружились явленія полупаралича. *При трепанаціи удалены осколки* съ праваго наружнаго угла лобной кости. Аспираціей извлечено до 20 к. с. темной гнойной жидкости. Проведенъ дренажъ чрезъ мозговую полость въ отверстіе свода глазницы и прополаскиваніе 4% растворомъ борной кислоты. На 27-й день двусторонній невритъ зрительнаго нерва. На 29-й	—	Смерть на 6 мѣсяцъ послѣ поврежденія и на 40-й день послѣ операціи.	При вскрытіи найдена обширная полость въ правой лобной долѣ; однакоже, ни эта полость, ни наружная рана не имѣли сообщенія съ полостью подъ твердою мозговою оболочкою (spatium subdurale)

	1883, стр. 99.		мени; распространенный вдавленный переломъ съ разрывомъ durae matris.		*операціи поврежденъ sinus longitudinalis.*			
68	Sands, Ibid.	Ж. 14 лѣтъ.	Ударъ копытомъ лошади Обширный сложный переломъ лобной кости.	Потеря сознанія.	*Трепанація.* Вдавленный осколокъ въ 5 стм. удаленъ.	Салициловая вата. Кэтгутовый дренажъ.	Выздоровленіе на 14-й день.	—
69	Sands, Ibid.	М. 23 лѣтъ.	Ударъ копытомъ лошади. Сложный переломъ лобной кости.	—	*Трепанація.* Отверстіе имѣло 3,25 и 2,25 стм. на лѣвой сторонѣ.	Іодоформная повязка. Кэтгутовый дренажъ.	Тоже.	—
70	Sands, Ibid.	М. взр.	Упалъ съ 8 ступеней. Сложный переломъ правой теменной кости.	Коматозное состояніе.	*Извлечены осколки;* оставшееся отверстіе имѣло въ діаметрѣ $4^1/_2$ стм.	—	Смерть черезъ 36 час.	Найдены еще переломъ позвоночника въ верхней спинной части и сложный переломъ праваго бедра.
71	Sands, Ibid.	М. 40 лѣтъ.	Ушибъ о каминъ. Сложный переломъ лѣвой затылочной кости.	—	Вдавленный осколокъ въ 2,4 стм. извлеченъ.	5% растворъ карболовой кислоты; кэтгутъ.	Выздоровленіе на 14-й день.	—
72	Sands, Ibid.	М. 26 лѣтъ.	Ударъ въ голову кускомъ шифера, вѣсомъ въ 600 грм.	Нѣкоторое время оставался въ постели; у него была на лѣвой сторонѣ гемиплегія, которая исчезла къ 7-му мѣсяцу. Нѣ-	*9 лѣтъ послѣ поврежденія сдѣлана трепанація* и извлечена вдавленная кость изъ праваго темени. Отверстіе	Іодоформъ и дренажъ.	Выздоровленіе въ 2 недѣли.	Припадки эпилепсіи и слабоумія только уменьшились.

				сколько недѣль послѣ повреждения появлялись эпилептическіе припадки, сопровождавшіеся слабоуміемъ.	=4,5 и 5 стм. Никакихъ патологическихъ продуктовъ не найдено, кромѣ утолщенія васкуляризованной кости.			
73	Sands, Ibid.	Ж. 39 лѣтъ.	Ударъ въ лѣвую теменную область острымъ рогомъ.	2 недѣли послѣ поврежденія появились въ правой рукѣ судороги, боль въ правой лобно-теменной области. 3 недѣли спустя— параличъ въ правой рукѣ и правой половинѣ лица, и чувствительность на сторонѣ поврежденія. 2 мѣсяца позже – правая гемиплегія, афазія.	3 мѣсяца послѣ поврежденія сдѣлана *трепанація* на 5 стм. выше наружнаго слуховаго отверстія по линіи параллельной os. zygomatici. 3 раза сдѣланъ пробный проколъ въ мозгъ, причемъ 2 раза игла упиралась о плотную опухоль.	Іодоформная повязка	Смерть на 8-й день. Вѣроятно отъ отравленія опіумомъ.	При вскрытіи найдена гуммозная опухоль на протяженіи 3 стм. въ срединѣ восходящей вѣтви теменной извилины.
74	Jones, *Lancet*, 1881, т. II, стр. 40.	М. 27 лѣтъ.	Сложный переломъ лобной кости.	Недѣлю спустя жестокія головныя боли, судороги и косоглазіе.	*Трепанація и извлеченія вдавленнаго осколка* кости.	—	Смерть, сопровождавшаяся темп. въ 41,5° (Ц.).	Гнойный менингитъ на основаніи мозга и вблизи мозжечка.
75	Jones, Ibid.	М. 19 лѣтъ.	Упалъ съ вышины 6 метровъ.	Безчувствіе. Судороги и параличъ на правой сторонѣ.	*Трепанація* надъ среднею art. meningea; удаленъ кровяной сгустокъ.	—	Смерть.	Разрывъ въ sinus longitudinalis.
76	Jones, Ibid.	М. 53 лѣтъ.	Паденіе. Сложный переломъ надъ лѣвымъ глазомъ и чрезъ лѣвую глазницу.	Обильное кровотеченіе.	*Трепанація.*	Безгнилостная повязка.	Выздоровленіе.	—
77	Murray, *Lancet*, 1883, т. I, стр. 724.	М. 38 лѣтъ.	Выпалъ изъ экипажа. Обширный переломъ теменной кости.	—	*Трепанація.*	Spray и карболовое масло.	Тоже.	—

	т. II, стр. 1056.			жилась гемиплегія на правой сторонѣ.	сяцъ позже пришлось вскрыть нарывъ въ мозгу, откуда выдѣлилась масса гноя.			боковомъ желудочкѣ.
80	Beck, *Med. Times and Gazette,* 1882, т. I, стр. 172.	М. 12 лѣтъ.	Ударъ въ лобъ копытомъ лошади.	Безчувствіе 2—3 часа, сопровождающееся клоническими судорогами.	*Трепанація* показала, что мозговая ткань мѣстами изорвана.	Тоже.	Выздоровленіе чрезъ 2 мѣсяца,	
81	Walker, «*Detroit Clinic*», 1882, т. I, стр. 123.	М. 3 лѣтъ.	Ударъ по головѣ пряжкою какъ разъ на мѣстѣ бугра лѣвой лобной кости.	На 4-й день знобъ и боли; темп. 41°; на 5-й день лѣвая гемиплегія.	*Трепанація* на 4-й день; извлечены свободные осколки.	—	Смерть на 6-й день.	Разрушеніе мозговой ткани и гнойный менингитъ.
82	Longmore, *Brit. Med. Journ.,* 1882, т. II, стр. 928.	М. 57 лѣтъ.	Пулевая рана въ правомъ вискѣ.	Безсознаніе въ теченіи недѣли. На 11-й день рвота, головныя боли и полная лѣвая гемиплегія, которая исчезла въ теченіи мѣсяца. На 15-й день судороги и мозговая грыжа.	*На 7-й мѣсяцъ удалена пуля въ 8 грм.* На 15-й мѣсяцъ старую рану вторично раскрыли, мозговую рану разсѣкли и извлекли маленькій осколокъ изъ мозга.	—	Выздоровленіе.	—
83	Clark, *Brit. Med. Journ.,* 1883, т. I, стр. 767.	М. 26 лѣтъ.	Товарный тюкъ упалъ на голову.	На 6-й день температура повысилась до 41°. Жестокія головныя боли.	На 7-й день *трепанація* и извлеченъ свободный осколокъ.	Безгнилостная повязка. Прививка губки.	Выздоровленіе чрезъ 2 мѣсяца.	—
84	Fluhrer, устно сообщено Ампдону.	М. ?	Пуля пронзила вдоль лѣвое полушаріе	Не замѣчено было мозговыхъ припадковъ; легкій правый гемипарезъ и потеря памяти.	Сдѣлано противуотверстіе въ черепѣ и *извлечена пуля.*	Противугнилостная повязка. Сквозной дренажъ.	Выздоровленіе.	—
85	Alexander, *Med. Times and Gazette,*	М. 18 лѣтъ.	Старый вдавленный переломъ позади центра	Лѣвый гемипарезъ, слабоуміе.	*Трепанація* на мѣстѣ стараго перелома; кость представлялась чрезмѣрно толстою.	—	Улучшеніе.	—

	London, 1884, т. II, стр. 145.		правой теменной кости.					
86	Godlee, *Med. T. and Gazette*, 1884, т. II, стр. 610.	M. 10 лѣтъ.	Паденіе на голову. Большая гэматома на правой теменной области.	Лѣвый гемипарезъ; общія судороги; потеря сознанія.	При хлороформированіи показались припадки удушья; во время *трепанаціи* больной уже былъ moribundus.	—	Смерть.	Найдены при вскрытіи *разрывъ* задней вѣтви *правой art. meningeæ* и обширное кровоизліяніе.
87	Kilgariff, *Tr. Acad. M. Ireland*, 1883, т. I, стр. 22.	M. взр.	Паденіе съ лошади; ушибъ въ голову и переломъ ключицы.	Безъ сознанія 2 часа. Жалобы на боль въ правой затылочной области. Мѣсяцъ спустя — головныя боли, безсонница, разстройство желудка.	*Трепанирована* кость и выпущена масса гноя. Спалъ хорошо; ночью выдѣлялся гной. На другой день ни болей, ни тошноты. Точечный переломъ былъ найденъ на мѣстѣ sinus longitudinalis и внутренняя пластинка представлялась изъѣденною.	Рана тщательно промывалась ½% растворомъ карболовой кислоты и перевязывалась компрессомъ, смоченнымъ въ карболовомъ маслѣ (1—40).	Выздоровленіе послѣ осложненія рожею.	—
88	Jones, *Lancet*, 1884, т. I, стр. 1026.	M. 21 лѣтъ.	Пистолетная рана на 6 стм. выше лѣвой брови и на 2½ стм. кнаружи отъ средней линіи. Истеченіе крови и мозговой ткани.	2 эпилептическихъ припадка; полусознаніе; жестокія боли. Правый гемипарезъ и спазмъ. Позднѣе раздраженіе зрительнаго нерва. Годъ спустя послѣ поврежденія частые знобы, боли въ лѣвой ½ головы. Немощность праваго плеча. Nystagmus и photophobia лѣваго глаза.	На 13-й мѣсяцъ послѣ поврежденія вскрыта рана. Частица пули найдена въ кости. Внутренняя пластинка имѣетъ трещины.	Дренажная трубка. Противугнилостная повязка. Ледъ.	Головныя боли ослабѣли. Гемиплегія исчезла. 6 мѣсяцевъ онъ пробылъ безъ всякихъ знобовъ.	—
					[illegible]		Смерть на	Здѣсь была об-

					дневной рожи больному стало лучше. Знаками отвѣчаетъ на вопросы, но говорить не можетъ. Окоченѣлость исчезла.			вѣтственно лѣвому виску. Кровяные сгустки на противуположной сторонѣ темени. Твердая мозговая оболочка и самый мозгъ не были повреждены.
90	Bryant, *Lancet*, 1884, т. II, стр. 823.	М. 4 лѣтъ.	Упалъ съ высоты одного метра. Рана покрововъ надъ правымъ глазомъ. Кость обнажена и вдавлена.	На другой день сонливость и недомоганіе. 13-й день темп. 38,8°; судороги. Позже на лѣвой сторонѣ полная гемиплегія. 16-й день темп. 39,4°; на 20-й день знобъ и сонливость. 22-й день полукоматозное состояніе. 22-й день темп. 41°. Смерть.	*Трепанація* на 13-й день; вдавленная кость удалена.	Терпентинъ и Листеровская певька.	Сначала нѣкоторое улучшеніе. Смерть на 25-й день.	Выпуклость и основаніе мозга на обоихъ полушаріяхъ покрыты зеленоватою жидкостью.
91	Halsted, *N.-Y. Med. Journ.*, 1884, стр. 227.	М. 53 лѣтъ.	Пистолетная рана на 6 стм. ниже стрѣловиднаго шва и 2½ стм. впереди наружнаго слуховаго прохода.	Никакихъ явленій.	Часть пули находилась въ diploë, конецъ ея въ черепной полости. Внутренняя пластинка вдавлена. *Отломки извлечены.*	Противугнилостн. кэтгутовый швъ.	Выздоровленіе.	—
92	Park, *Journ. Amerik. Med. Assoc.*, 1884, II, стр. 325.	М. 20 лѣтъ.	Пулевая рана въ лѣвомъ темени, посыпанная іодоформомъ и покрытая ледянымъ пузыремъ.	Полная гемиплегія на правой ½. Ночью 2 эпилептическихъ припадка съ потерею сознанія.	*Трепанація и удаленіе нѣсколькихъ осколковъ,* внѣдрившихся въ мозгъ. На 16-й день явленія мозговаго раздраженія. На 19-й день извлеченіе осколка.	Нафталиновыя повязки.	Тоже.	—

93	North, *N.-Y. Med. Record*, 1884, стр. 693.	М. 24 лѣтъ.	Ударъ дубиной. Сложный вдавленный переломъ въ правомъ темени.	Сначала безсознаніе; затѣмъ жалобы на головныя боли и чувство давленія. Неистовство и бредъ три недѣли.	Извлечено 13 осколковъ. Мозговая оболочка не вскрыта.	Дренажированіе, карболовыя примочки и ледъ.	Выздоровленіе на 54-й день.	—
94	North, Ibid.	М. 27 лѣтъ.	Головой попалъ въ машину; обширный вдавленный переломъ правой височной области. Dura mater изорвана.	—	Извлечено 4 большихъ осколка черепа.	Тоже.	Выздоровленіе въ 7 недѣль.	—
95	Fenger and Lee, *Amer. Journ. Med. Science*, 1884, іюль, стр. 17.	М. взр.	Пистолетная пуля надъ лѣвою бровью; отверстіе въ черепѣ и лобной пазухѣ.	Сначала безсознаніе. На 2-й день рвота, головныя боли, потеря зрѣнія праваго глаза. 40-й день глубокое коматозное состояніе и непроизвольное испражненіе.	На 5-й день выпущено 8 к. стм. гноя. На 40-й день *трепанація:* dura разсѣчена. Мозгъ проколотъ во многихъ мѣстахъ, пока открытъ былъ глубокій нарывъ.	Безгнилостная повязка; окончатый дренажъ; прополаскиваніе полости растворомъ борной кислоты.	Выздоровленіе.	—
96	Kemper, *Amer. Journ. Med. Science*, январь, 1885, стр. 128.	М. 18 лѣтъ.	Конецъ ружейнаго шомпола прободалъ черепъ и мозгъ соотвѣтственно лобной пазухѣ.	Незначительныя боли.	Инородное тѣло въ 1 стм. длиною найдено позади внутренней пластинки. *5—6 осколковъ костей были удалены.*	—	Тоже.	—
97	Bennet and Godlee, *Lancet*, дек. 1884, стр. 1090; январь, 1885, стр. 13.	М. 25 лѣтъ.	Ударъ въ лѣвую сторону головы.	Цѣлый годъ никакихъ явленій, хотя замѣчалась опухоль. Затѣмъ появились лихорадка, головныя боли, рвота и мозговая грыжа.	*Трепанація;* твердая мозговая оболочка вскрыта; *мозговая ткань надрѣзана и вылущена оттуда опухоль* (характеръ опухоли не	Рана сшита.	Смерть на 28-й день послѣ операціи.	На основаніи мозга былъ найденъ воспалительный фокусъ, покрытый эксудатомъ.

Изъ представленной таблицы вполнѣ убѣдительно явствуетъ, что трепанація черепа, предпринятая во-время и выполненная при противугнилостныхъ мѣрахъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ кончается благополучно. Если Амидонъ, по моему мнѣнію, не безъ натяжки понижаетъ смертность этой операціи до 3,2%, то, тѣмъ не менѣе, нельзя не согласиться съ авторомъ въ томъ, что трепанація *per se* не составляетъ столь опасной операціи, какъ это утверждали Штромейеръ, Гётчинсонъ и другіе хирурги 50-хъ годовъ. Напротивъ того, я склоненъ думать, что успѣхъ этой операціи во многомъ походитъ на успѣхъ оваріотоміи, т. е., чѣмъ болѣе обстоятельно будетъ разработано распознаваніе поврежденія внутричерепныхъ органовъ, тѣмъ увѣреннѣе хирурги будутъ предпринимать эту операцію и тѣмъ успѣшнѣе будутъ ея результаты.—Это заключеніе вытекаетъ изъ клиническихъ наблюденій, представленныхъ въ вышеприведенной таблицѣ: во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ *«мозговое давленіе»* было распознано во время (напр., №№ 1, 3, 40 и друг.) и трепанація была сдѣлана прежде, чѣмъ гнойный процессъ успѣлъ распространиться по многимъ территоріямъ мозга, территоріямъ почти недоступнымъ хирургическому ножу (какъ, напр., желудочки мозга, основаніе черепа и т. п.),—операція увѣнчивалась полнымъ успѣхомъ.

Нѣкоторые выводы изъ таблицы Амидона.

Я полагаю, что читателю этотъ выводъ покажется еще болѣе убѣдительнымъ, если онъ броситъ общій взглядъ на патологическія измѣненія въ черепной полости, найденныя во время предпринятой трепанаціи. Изъ представленныхъ выше, въ таблицѣ XIV, 97 случаевъ травматическихъ поврежденій черепа, при которыхъ была оказана оперативная помощь, 24 случая кончились смертельно при слѣдующихъ условіяхъ:

Таблица XV, показывающая условія смертельныхъ исходовъ трепанацій черепа.

№ случая по табл. XIV.	Когда была сдѣлана трепанація.	При какихъ патологическихъ измѣненіяхъ въ черепной полости.
4	на 7-й день	кровоизліяніе и гной въ мозгу;
5	не указано	кровоизліяніе;
15	не указано	сотрясеніе мозга;
20	на 20-й день	нарывъ въ мозгу;
23	» 25-й »	» » »
26	не указано	» » »

30	поздно [1]	нарывъ въ мозгу и tuberculosis;
32	рано	размозженіе мозга;
35	»	кровоизліяніе изъ art. meningea
37	на 4-й день	зеленов. гной вокругъ мозга;
39	» 8-й »	гной in spatio subarachnoideo;
61	рано	размозженіе мозга;
66	поздно	нарывъ въ мозгу;
67	на 2-й день	кровоизліяніе изъ sinus longitud.;
70	рано	кромѣ раздробленія черепныхъ костей, былъ еще переломъ позвоночника и бедра.
73	поздно	опухоль въ мозгу;
74	»	гнойный менингитъ;
75	»	кровоизліяніе изъ sinus longitud.;
79	»	нарывы въ мозгу и желудочкѣ;
81	на 4-й день	гнойный менингитъ;
86	не указано	кровоизліяніе изъ art. meningea;
89	рано	обильное кровоизліяніе;
90	на 13-й день	зеленов. гной вокругъ полушарій;
97	поздно	эксудативный менингитъ.

Итакъ, смертность трепанаціи черепа при травматическихъ поврежденіяхъ головы доходитъ до 25%; но нѣтъ сомнѣнія въ томъ, что съ усовершенствованіемъ діагностики этихъ поврежденій оперативная помощь станетъ чаще примѣняться и тогда процентъ смертности значительно понизится.

Мнѣніе Лауфорда Кнэгса о ранней трепанаціи.

II. Въ послѣднее время Лауфордъ Кнэгсъ [Lawford Knagg's [2]], трактуя о леченіи вдавленныхъ переломовъ черепа, *обращаетъ вниманіе на настоятельную необходимость энергическаго хирургическаго вмѣшательства во всѣхъ случаяхъ сложныхъ переломовъ черепа съ вдавленіемъ обломковъ.* Раціональное леченіе этихъ поврежденій требуетъ возможно ранняго удаленія осколковъ и обезгниливаніе всѣхъ пострадавшихъ частей. Для этого авторъ предлагаетъ слѣдующія мѣры: а) *разрѣзывать покровы на черепѣ* не крестообразно, а *въ формѣ полукружнаго лоскута*, по Горслею (см.

[1]) Этимъ словомъ я хочу указать, что операція предпринята не ранѣе 8 дней послѣ поврежденія.

[2]) «The Lancet» 1888 г., т. I, 17 March.

ниже); б) *удалять кости черепа* на столько *щедро*, чтобы не оставалось никакихъ осколковъ или вдавленныхъ краевъ костной раны; в) *при поврежденіяхъ durae matris, вырѣзывать изъ нея лоскутъ* вполнѣ свободный, чтобы можно было приподнять и изслѣдовать поврежденныя части, равно какъ удалять кровяные сгустки, инородныя тѣла, размозженныя части мозга и т. п.; по окончаніи этого туалета и тщательнаго обезгниливанія мозга карболовой кислотой, слѣдуетъ г) *приладить лоскутъ твердой мозговой оболочки на прежнее мѣсто и пришить его тонкою шелковою нитью*. По мнѣнію Лауфорда, раны твердой мозговой оболочки также быстро сростаются, какъ раны брюшины.

Болѣе обстоятельныя указанія относительно техники трепанацій черепа при поврежденіяхъ головы мы находимъ въ вышеназванной работѣ Виктора Горслея.

Техника трепанаціи черепа и резекціи мозга, по Горслею.

III. На съѣздѣ британскихъ врачей (the British Medical Association) 1886 г. В. Горслей *сдѣлалъ сообщеніе о вырѣзываніи частей мозга* при нервныхъ страданіяхъ, какъ эпилепсія, афазія, гемиплегія, зависящихъ отъ локализированнаго страданія центральной нервной системы, вызваннаго какимъ-либо травматическимъ инсультомъ. Уже изъ наблюденій Амидона мы видѣли, что нѣкоторыя поврежденія черепа, которыя, хотя и заживали, впослѣдствіи сопровождались цѣлымъ рядомъ нервныхъ припадковъ или параличей, находившихся въ прямой зависимости отъ образованія неправильнаго рубца или внѣдренія инороднаго тѣла въ какой либо участокъ головнаго мозга; въ такихъ случаяхъ (см. выше въ таблицѣ XIV №№ 10, 14, 25; 27, 33, 38, 58, 62, 72, 82, 87, 88) послѣдовательная трепанація или вскрытіе черепной полости съ удаленіемъ рубца нерѣдко оказываютъ благотворное вліяніе на общее состояніе больнаго. Горслей въ своемъ докладѣ приводитъ также три случая успѣшнаго излеченія подобнаго рода больныхъ посредствомъ резекціи мозга и представляетъ подробное описаніе всѣхъ отдѣльныхъ актовъ этой операціи.

Техника трепанаціи черепа и резекціи мозга.

Приготовленіе оперируемаго.

1) *Приготовленіе оперируемаго*. За день до операціи голова выбривается и вымывается въ мыльной водѣ и, затѣмъ, эфиромъ; мѣсто поврежденія мозга опредѣляется точными измѣреніями (см. ниже) и обозначается на покровахъ черепа. Послѣ того на голову накладывается согрѣвающій компрессъ, смоченный въ 5% растворѣ карболо-

вой кислоты и покрытый клеенкой и ватой; это дѣлается для того, чтобы покровы тщательно дезинфицировались въ теченіи 12 часовъ. Наконецъ, на ночь больному дается слабительное и на другое утро дѣлается промывательное (клистиръ).

Способъ анэстезированія при операціяхъ въ полости черепа.

2) *Способъ анэстезированія* имѣетъ весьма важное значеніе при операціяхъ въ полости черепа. Необходимо больному впрыснуть подъ кожу 1/4 грана морфія непосредственно до хлороформированія; это имѣетъ, по мнѣнію Горслея, двоякое значеніе: во-первыхъ, при впрыскиваніи морфія наркозъ подъ хлороформомъ дѣлается продолжительнѣе, нежели безъ морфія; на нѣкоторыхъ оперированныхъ такая суммированная анэстезія длится, по меньшей мѣрѣ, два часа; во-вторыхъ, употребленіе морфія имѣетъ еще болѣе важное значеніе тѣмъ, что оно вызываетъ сокращеніе стѣнокъ въ мелкихъ артеріяхъ головнаго мозга, какъ это доказалъ Шеферъ [1]) на мозгахъ обезьянъ. Стало быть, подъ анэстезіею морфія каждый разрѣзъ мозговой ткани будетъ сопровождаться значительно меньшимъ кровоизліяніемъ. Эфиромъ не слѣдуетъ наркотизировать больныхъ, готовящихся къ вырѣзыванію частей мозга, такъ какъ онъ возбуждаетъ нервную систему; хлороформъ же, напротивъ, угнетаетъ послѣднюю.

Леченіе трепанаціонной раны.

3) *Леченіе раны.* Горслей утверждаетъ, что высокая смертность трепанаціи черепа, наблюдавшаяся еще недавно, происходила вслѣдствіе гнилостнаго менингита, начинавшагося обыкновенно въ твердой мозговой оболочкѣ съ самаго момента вскрытія черепной полости. Поэтому онъ при этой операціи слѣдуетъ всѣмъ строгимъ предписаніямъ Листеровскаго способа антисептики, не исключая употребленія карболоваго spray и карболовой марли.

Форма разрѣза покрововъ черепа.

4) *Форма разрѣза покрововъ черепа.* Обыкновенно при трепанаціи хирурги дѣлаютъ крестообразный разрѣзъ на мягкихъ частяхъ черепа; но такой способъ разрѣза имѣетъ нѣкоторыя неудобства: при откидываніи четырехъ отдѣльныхъ лоскутовъ кожи необходимо имѣть много рукъ вблизи самаго поля операціи. Если же разсѣчь покровы однимъ полукруглымъ разрѣзомъ, то образовавшійся большой лоскутъ можетъ быть легко откинутъ внизъ и онъ будетъ отвисать безъ всякой посторонней помощи. Подобный полукружный разрѣзъ необходимо вести отвѣсно къ кости и всѣ слои покрововъ черепа (апоневрозъ, мыш-

---

[1]) Edward Albert Schaefer—профессоръ по физіологіи въ University College въ Лондонѣ.

цы) разсѣкать одновременно съ кожею; не слѣдуетъ также слишкомъ закруглять лоскутъ, чтобы щадить, по возможности больше, боковые сосуды кожи и, главное,—не повреждать главнаго ствола, питающаго выкраиваемый лоскутъ. Что же касается накостницы (periosteum), то ее можно разрѣзать крестообразно на томъ мѣстѣ, куда приставится первая коронка трепана и, по мѣрѣ надобности, она (накостница) можетъ быть отдѣлена на большемъ или меньшемъ протяженіи.

5) *Способъ изсѣченія кости.* Самый безопасный и быстрый способъ—это приставить пирамидку [1]) трепана къ кости противуположной той, которая должна быть удалена; или на половину выпилить въ кости желобокъ помощью пилочки Гея [2]) и затѣмъ разсѣчь кость крѣпкими прирѣзными ножницами. Первое отверстіе въ черепѣ лучше всего сдѣлать помощью большой коронки и выпилить значительный дискъ или кружекъ и затѣмъ осторожно отдѣлить твердую мозговую оболочку отъ внутренней поверхности кости на столько, на сколько необходимо удалять части черепа. Если представляется возможность сохранить твердую мозговую оболочку нетронутою (intact), то выпиленный кружокъ кости слѣдуетъ положить въ асептическую губку и, по окончаніи операціи, его можно вложить на прежнее мѣсто между кожею и твердою мозговою оболочкою, раздѣливъ его предварительно на весьма маленькія части (after having divided into small fragments). Способъ изсѣченія кости.

6) *Способъ вырѣзыванія твердой мозговой оболочки.* Твердая мозговая оболочка должна быть разрѣзана кругообразно на $^4/_5$ окружности предполагаемаго отверстія и на $^1/_8$ дюйма отъ края костнаго отверстія; это дѣлается съ тою цѣлью, чтобы можно было, по окончаніи операціи въ мозгу, сшить края раны твердой мозговой оболочки. Удобнѣе всего сначала сдѣлать небольшой надрѣзъ оболочки помощью скальпеля, затѣмъ подвести притупленный конецъ изогнутыхъ ножницъ и помощью ихъ вырѣзать соотвѣтственную круговую линію; при этомъ слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы не повреждать подлежащихъ тканей. Что же касается крупныхъ стволовъ art. meningeae mediae, то кровотеченіе изъ нихъ легче всего предупредить наложеніемъ лигатуры, проведенной сквозь твердую мозговую оболочку на концѣ противупо- Разрѣзываніе твердой мозговой оболочки.

---

[1]) *Пирамидкой* въ трепанѣ называется тотъ центральный стержень коронки, который пробуравливаетъ кость, образуя фиксирующую точку, вокругъ которой вращается коронка или пила трепана.

[2]) Трепанаціонная пила Гея (Hey's saw) имѣетъ видъ пѣтушьяго гребешка и благодаря ея полукружной формѣ, ею легко вести распилъ дугообразно.

ложномъ разрѣзу, и перевязанной прежде, чѣмъ сосудъ будетъ разсѣченъ.

Манипуляціи въ мозгу.

7) *Манипуляціи въ мозгу.* Тотчасъ послѣ вскрытія твердой мозговой оболочки необходимо прежде всего замѣтить—выпячивается ли мозговое вещество въ сдѣланное отверстіе или нѣтъ. Наблюденіями другихъ авторовъ доказано, что сильное выпячиваніе мозга указываетъ на чрезмѣрное внутричерепное напряженіе; такое явленіе, caeteris paribus, даетъ уже право предположить существованіе опухоли въ мозгу. Затѣмъ слѣдуетъ обратить вниманіе на цвѣтъ оболочекъ въ окружности раны: обыкновенно слегка желтоватый оттѣнокъ или, напротивъ, багрово-синеватый цвѣтъ указываетъ, что опухоль сосредоточивается in corona radiata вблизи кортикальнаго слоя. Точное знаніе артерій и венъ, питающихъ мозгъ, представляетъ весьма важное подспорье: по этимъ сосудамъ можно опредѣлить—какой изъ участковъ мозга пораженъ патологическимъ процессомъ. Равнымъ образомъ необходимо опредѣлить измѣненія плотности мозговой ткани, хотя не слѣдуетъ забывать, что мозговыя опухоли, сидящія даже вблизи кортикальнаго слоя, прощупываются чрезъ dura mater съ большимъ трудомъ, развѣ только послѣ пробнаго разрѣза послѣдней.

Кровотеченіе изъ разрѣзовъ мозга, котораго прежде особенно опасались, въ сущности можетъ быть легко укрощаемо. Прижиганіе (cauterisatio actualis) здѣсь безполезно и даже вредно. Кровоизліяніе, сопровождающее первый ударъ ножа—при разрѣзѣ мозга, можетъ быть временно остановлено прижатіемъ губки; тѣмъ болѣе, что вышеуказанное употребленіе морфія способствуетъ сокращенію сосудовъ мозга. Что же касается болѣе крупныхъ стволовъ мозговыхъ артерій, то всегда желательно ихъ миновать, если это возможно. Къ счастью, эти сосуды проникаютъ въ мозгъ чрезъ pia mater, поэтому ихъ не трудно приподнять или, по крайней мѣрѣ, вывести изъ бороздки той извилины мозга, которая подлежитъ удаленію; при этомъ стѣнки артеріи на столько придавливаются, что въ просвѣтѣ самаго сосуда образуется временная пробка.

Далѣе, при разрѣзываніи мозга необходимо направлять удары ножа совершенно отвѣсно къ плоскости coronae radiatae; такимъ образомъ операторъ избѣгаетъ поврежденія тѣхъ волоконъ, которыя исходятъ изъ кортикальнаго слоя въ окружности поля операціи. Это, безъ сомнѣнія, легко сдѣлать лишь тогда, когда операторъ знаетъ направленіе волоконъ, идущихъ отъ кортикальнаго слоя къ capsulae internae.

Кромѣ того, необходимо принять во вниманіе и много другихъ физіологическихъ и патологическихъ явленій, которыя побуждаютъ оператора миновать извѣстные участки центральной нервной системы; такъ, напр., укажемъ на расположеніе отдѣльныхъ центровъ, управляющихъ движеніемъ различныхъ сочлененій; всегда желательно оставлять частицу такого центра, ибо полное разрушеніе его влечетъ за собою постоянный параличъ движенія на противуположной сторонѣ.

Изсѣченная часть мозга, будь она нормальна или патологически измѣненная, не оставитъ по себѣ постояннаго углубленія, какъ это можно было бы предполагать a priori; въ такихъ случаяхъ обыкновенно въ весьма короткое время дно образовавшагося углубленія, т. е., corona radiata, выпячивается и подымается въ уровень съ окружающимъ его кортикальнымъ слоемъ. Помимо этого, края разрѣзовъ постепенно приподымаются и, если изсѣченная часть мозга была меньше, нежели дефектъ въ кости, то они (края) проникаютъ въ отверстіе черепа. Такимъ образомъ, механическія отношенія, существующія между мозгомъ и черепомъ, служатъ причиною образованія мозговыхъ грыжъ. Hernia cerebri можетъ также произойти и впослѣдствіи, когда рана черепныхъ покрововъ не заживаетъ первымъ натяженіемъ; это обстоятельство служитъ еще однимъ мотивомъ къ тому, чтобы рану черепныхъ покрововъ сдѣлать, по возможности, менѣе сложною.

Теперь вполнѣ понятно, почему Горслей требуетъ, чтобы лоскутъ покрововъ имѣлъ форму покрышки, которая своею безпрерывностью представитъ выпятившему мозгу бо́льшее противодѣйствіе, нежели мѣсто сліянія острыхъ угловъ четырехъ малыхъ лоскутовъ, получающихся при крестообразномъ сѣченіи покрововъ черепа.

8) *Способъ сшиванія раны.* Когда отдѣленіе изъ раны уже прекратилось, благодаря легкому надавливанію мягкой губкой, то лоскутъ прилаживается на его прежнее мѣсто и края раны покрововъ сшиваются шелкомъ средняго калибра, накладывая глубокіе стежки на разстояніи сантиметра другъ отъ друга, а между ними—болѣе поверхностные стежки изъ конскаго волоса. Способъ сшиванія раны.

Съ замыканіемъ раны тѣсно связанъ вопросъ о значеніи и способѣ употребленія дренажа при вырѣзываніи частей мозга. — Главное стремленіе оператора въ такихъ случаяхъ—получить сращеніе наружной раны первымъ натяженіемъ, т. е., чтобы въ теченіи первыхъ четырехъ-пяти сутокъ лоскутъ покрововъ могъ представлять собою достаточное сопротивленіе мозговой ткани, имѣющей наклонность выпя-

чивaться. Кромѣ того, необходимо еще позаботиться о томъ, чтобы по окончательномъ заживленіи раны, лоскутъ черепныхъ покрововъ былъ отдѣленъ отъ подлежащей мозговой ткани слоемъ рыхлой и мягкой клѣтчатки. Всѣ эти условія могутъ быть достигнуты, если допустимъ вліяніе нѣкотораго напряженія внутри полости раны.

Нужно замѣтить, что въ полости раны, со стороны поверхности разрѣзовъ мозга, происходитъ обильное просачиваніе крови и серозной жидкости; поэтому необходимо дать стокъ этимъ скопленіямъ; съ этою цѣлью вводится дренажная трубка въ низменной части раны (принимая во вниманіе горизонтальное положеніе больнаго, лежащаго въ постели). Но эту трубку слѣдуетъ удалить на другой день, а рану тщательно покрыть повязкой и центръ наружной поверхности покрововъ слегка прижать. Если трансудатъ въ полости раны продолжаетъ выдѣляться и скопляется въ такомъ количествѣ, что въ полости образуется напряженіе, то больной на третій день начинаетъ жаловаться на боль и подергиваніе раны; при снятіи повязки операторъ въ такихъ случаяхъ находитъ центръ лоскута выпятившимся, а периферію—сросшеюся вполнѣ. Теперь то и нужно рѣшить весьма трудный вопросъ—можно ли оставить это напряженіе въ полости раны или слѣдуетъ его немедленно устранить?—Если рѣшиться на послѣднее, то мы лишимся того благотворнаго вліянія, на которое мы указывали выше, т. е., давленія на мозгъ, воспрепятствующаго образованію грыжи. Обыкновенно внимательный присмотръ за теченіемъ раны намъ указываетъ—грозитъ ли опасность первому срощенію губъ раны при удаленіи этого напряженія или нѣтъ; если нѣтъ—то проводится зондъ по тому мѣсту, гдѣ лежалъ дренажъ и выпускается жидкость, скопившаяся подъ лоскутомъ.

Но, съ другой стороны, всегда желательно имѣть нѣкоторое напряженіе внутри полости раны, чтобы предупредить выпячиваніе мозговой ткани, тѣмъ болѣе, что лимфатическіе сосуды мозговыхъ оболочекъ могутъ легко всосать эту жидкость, подобно тому, какъ это дѣлаютъ лимфатическіе сосуды брюшины послѣ оваріотоміи, и, стало быть, такое скопленіе жидкости будетъ способствовать быстрому заживленію полостной раны. Кромѣ того, скопившійся трансудатъ даетъ матеріалъ для образованія новой соединительно-тканной клѣтчатки. Въ этомъ послѣднемъ предположеніи легко убѣдиться на животныхъ: если спустя нѣсколько дней вскрыть такую же мозговую рану у животнаго, то полость послѣдней представляется всегда выполненною

ыхлою, губчатою тканью, въ перекладинахъ которой находится вышеупомянутый трансудатъ. Вотъ эта-то соединительная ткань играетъ роль эластической преграды между мозгомъ и черепными покровами.

И такъ, какъ общее правило, можно принять слѣдующую мѣру: *слабить* образовавшееся *напряженіе* въ полости раны, но *не устранять его вполнѣ*.

Въ концѣ первой недѣли или къ концу пятыхъ сутокъ, наружную рану можно посыпать порошкомъ борной кислоты, покрыть ее кускомъ марли и поверхъ этого смазывать коллодіумомъ. Къ тому же времени удаляются всѣ швы.

По окончательномъ заживленіи трепанаціонной раны кожа покрововъ представляетъ наклонность втягиваться въ оставшійся дефектъ черепа; но если заживленіе шло вышеописаннымъ путемъ, то это западеніе кожи будетъ незначительно.

Нѣкоторые выводы изъ наблюденій Амидона, Лауфорда и Горслея.

Изъ представленныхъ мною наблюденій англійскихъ хирурговъ Амидона, Лауфорда и Горслея видно, что травматическія повреждения головы, благодаря распространенію Листеровскаго ученія въ Англіи, все чаще и чаще служатъ показаніемъ къ активному вмѣшательству хирурговъ; далѣе, мы видѣли, что техника трепанаціи все болѣе и болѣе совершенствуется и въ настоящее время она уже не представляется столь опасною, какою она была весьма недавно — въ шестидесятыхъ годахъ нынѣшняго столѣтія; наконецъ, нельзя не замѣтить, что современные операторы не довольствуются однимъ лишь вскрытіемъ черепной полости, а въ извѣстныхъ случаяхъ высѣкаютъ части центральной нервной системы. Эта послѣдняя операція, которую можно назвать *resectio cerebri*, стала примѣняться на практикѣ весьма недавно; поэтому ничего удивительнаго нѣтъ въ томъ, что нѣкоторые случаи резекціи мозга не приносили ожидаемой пользы и, быть можетъ, наносили даже вредъ организму.

Ближайшая задача хирургіи мозга.

Ближайшая задача клиницистовъ заключается теперь въ томъ, чтобы выработать точные клиническіе признаки, на основаніи которыхъ можно было бы опредѣлить — какіе участки центральной нервной системы повреждены въ томъ или другомъ случаѣ. Само собою разумѣется, что основаніемъ хирургической діагностики мозговыхъ поврежденій должна служить физіологія этого сложнаго органа, функція котораго представляетъ пока еще много темнаго. Но съ развитіемъ ученія о локализаціи мозговыхъ центровъ, хирургическая діа-

гностика постепенно пріобрѣтаетъ болѣе основательныя руководящія точки и результатомъ прогресса хирургической діагностики являются весьма успѣшные исходы резекціи мозга.

Ниже, при описаніи дѣятельности Шотландской школы хирурговъ (John Chiene, Mac-Ewen, Joseph Bell), я приведу нѣсколько изумительныхъ примѣровъ излеченія хроническихъ страданій мозга оперативнымъ путемъ. Здѣсь же я намѣренъ познакомить читателя съ основами хирургической діагностики локализированныхъ поврежденій центральной нервной системы. Для болѣе систематическаго изложенія этого предмета я воспользуюсь лекціями профессора оперативной хирургіи Эдинбургскаго университета, д-ра Артюра Гэра (Arthur Hare [1])].

О локализаціи различныхъ центровъ головнаго мозга.

Еще въ 1823 году Флуранъ [2]) опытами на животныхъ доказалъ, что большія полушарія мозга управляютъ нашей волей и произвольными движеніями; вмѣстѣ съ тѣмъ, онъ утверждаетъ, что всѣ участки мозга одинаково причастны въ выраженіи указанной функціи; т. е., въ какомъ бы мѣстѣ полушарія не высѣкать части мозга — выраженіе воли будетъ постепенно ослабѣвать и, наконецъ, совершенно исчезнетъ; но впослѣдствіи оно можетъ постепенно возвратиться, если изсѣченныя части мозга не были особенно велики. — Неоднократно произведенныя наблюденія Брока́ относительно афазіи при страданіи третьей лобной извилины, хотя и говорили въ пользу локализаціи нѣкоторыхъ функцій, тѣмъ не менѣе, они не могли подорвать довѣріе къ ученію Флурана. Только въ 1870 г. Фритчъ и Гитцигъ [3]) доказали, что электрическое раздраженіе, направленное въ извѣстныя точки переднихъ долей большихъ полушарій, вызываетъ всегда опредѣленныя мышечныя сокращенія на противуположной половинѣ тѣла, и, что еще болѣе важно, раздраженіе различныхъ участковъ мозговой коры сопровождается сокращеніемъ различныхъ группъ мышцъ; далѣе, названные экспериментаторы-физіологи доказали, что въ нѣкоторыхъ участкахъ тѣхъ-же полушарій головнаго мозга такое же электрическое раздраженіе вовсе не вызы-

---

[1]) *Lectures on Cranial Surgery* by Arthur Hare. F. R. C. S. (см. «Lancet» 1888, 3 March).

[2]) Flourens. *Recherches expérim. sur les propriétés et les fonctions du système nerveux.* Paris. 1824.

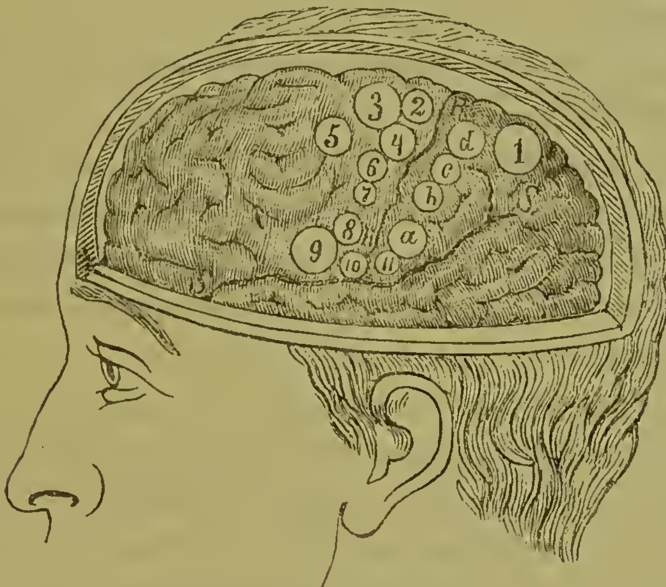
[3]) Fritsch und Hitzig. *Untersuchungen über das Gehirn* (Reichert's und Du Bois-Reymond's Archiv. 1870).

ваетъ мышечнаго сокращенія. Стало быть, ясно, что не всѣ участки головнаго мозга *одинаково* причастны въ выраженіи нашей воли, какъ это утверждаетъ Флуранъ. Теперь осталось еще точнѣе опредѣлить — какая функція свойственна каждому участку? Этимъ на столько же важнымъ, на сколько и сложнымъ вопросомъ занимались физіологи послѣдняго десятилѣтія, какъ Вюльпіанъ, Гольцъ, Германъ Мункъ и друг. Хотя рѣшеніе этого вопроса требуетъ еще дальнѣйшихъ изслѣдованій, но нѣкоторыми результатами этихъ экспериментаторовъ хирурги уже вправѣ воспользоваться для діагностическихъ цѣлей. Такъ, напр., опытами надъ обезьянами доказано, что сфера психической дѣятельности головнаго мозга сосредоточивается въ лобныхъ доляхъ, тогда какъ въ темянныхъ доляхъ полушарія, вблизи Роландовой борозды (fissura Rolandi), сгруппированы такъ назыв. «*центры*» движенія конечностей и мышцъ языка и рта.

Топографическое расположеніе центровъ движенія.

IV. На приложенномъ здѣсь рис. 41, заимствованномъ мною изъ

Рис. 41.



Топографическое расположеніе центровъ движенія въ корковомъ слоѣ головнаго мозга (по Артюру Гэру).

R, *R'*—отвѣсно подымающаяся темная линія обозначаетъ Роландову борозду. *S*, *S'*—темная линія, идущая въ косвенно поперечномъ направленіи, обозначаетъ Сильвіеву борозду. Кружокъ *1*—центръ движенія нижней конечности; *2*, *3*, *4*, *5*, *6* и *a*, *b*, *c*, *d* — центры верхней конечности; *7*, *8*, *9*, *10*, *11* — центры движенія мышцъ языка и рта.

лекціи Гэра, схематически представлено расположеніе этихъ центровъ въ нормальномъ мозгу человѣка; именно: кружки *a*, *b*, *c* и *d*, расположенные позади Роландовой борозды, кружки *5*, *6* — помѣщенные впереди, а *2*, *3*, *4* — лежащіе у верхняго конца той же борозды

— обозначаютъ центры, управляющіе движеніемъ произвольныхъ мышцъ *верхней конечности.* Изъ нихъ: *a*, *b*, *c* и *d* управляютъ движеніемъ пальцевъ, ручной кисти и запястья; центръ *5* — движеніемъ плеча; центръ *6* — пронаціею и супинаціею предплечья; кружки *2*, *3*, *4* — центры координированнаго движенія всей верхней конечности. Кружки же *7*, *8*, *9*, *10* и *11* указываютъ положеніе центровъ, управляющихъ движеніемъ мышцъ языка и рта. Кружокъ 1 указываетъ положеніе центра движенія *нижней* конечности. Такимъ же образомъ расположены, по мнѣнію Фурье, специальные *чувствительные* центры по горизонтальной части Сильвіевой борозды.

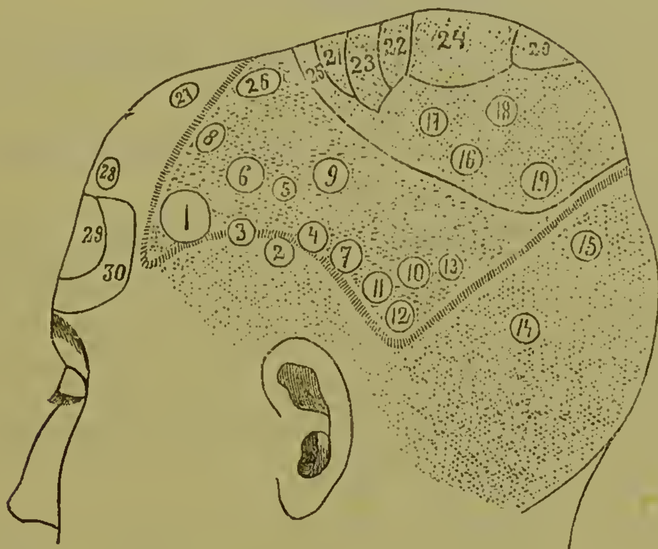
Необходимо замѣтить, что такое топографическое расположеніе центровъ найдено экспериментальнымъ путемъ на мозгахъ обезьянъ; и перенесеніе его на человѣческій мозгъ представится практически важнымъ, если оно будетъ подтверждено, съ одной стороны, клиническими наблюденіями надъ людьми, страдавшими при жизни тѣмъ или другимъ недостаткомъ въ движеніи извѣстныхъ группъ мышцъ и подтвержденнымъ post mortem существованіемъ какого либо патологическаго процесса въ соотвѣтственномъ центрѣ; а съ другой, оперативнымъ вмѣшательствомъ при внутричерепныхъ локализированныхъ страданіяхъ. Подобнаго рода наблюденія уже отчасти сдѣланы; такъ Джексонъ (Hughlings Jackson) еще двадцать лѣтъ тому назадъ демонстрировалъ мозгъ человѣка, страдавшаго эпилептическими припадками, зависѣвшими отъ пораженія *опредѣленныхъ участковъ* кортикальнаго слоя большаго полушарія.

Наблюденіе д-ра Мочутковскаго.

Далѣе, нѣкоторымъ подтвержденіемъ существованія подобнаго расположенія центровъ движенія можетъ служить весьма интересное наблюденіе д-ра О. О. Мочутковскаго, демонстрированное имъ на VII съѣздѣ русскихъ естествоиспытателей и врачей въ Одессѣ, въ 1883 г. — Случай этотъ я самъ видѣлъ: одна молодая дѣвушка, страдавшая самопроизвольнымъ гипнозомъ, находилась въ отдѣленіи Одесской городской больницы подъ наблюденіемъ д-ра Мочутковскаго, который опытнымъ путемъ старался опредѣлить *«возбудимость двигательныхъ центровъ корки мозга при гипнотическомъ состояніи;»* съ этою цѣлью онъ на выбритой головѣ гипнотизированной больной приставлялъ электроды въ различныя точки покрововъ, причемъ онъ постоянно наблюдалъ сокращеніе извѣстныхъ группъ мышцъ головы, лица и конечностей. Начертивъ чернилами схематически направленія лобнаго, височно-темяннаго и ламбдовиднаго швовъ и обозначивъ цифрами

точки приложенія одного изъ электродовъ, д-ръ **Мочутковскій** получилъ такимъ образомъ топографію расположенія центровъ на покровахъ головы. Приложенный рис. 42 есть снимокъ съ фотографіи голо-

Рис. 42.



Расположеніе двигательныхъ центровъ корки мозга, найденное д-ромъ Мочутковскимъ, при гипнотическомъ состояніи больной.

вы этой больной; цифры, нанесенныя на кожѣ, указываютъ участки черепа, гальванизація которыхъ вызывала слѣдующія явленія:

При приложеніи электрода къ участкамъ:

1.— вызывалось опусканіе нижней челюсти;
2.— » сжатіе челюстей;
3.— » размыканіе губъ;
4.— » сжатіе губъ;
5.— » прижатіе языка къ нёбу;
6.— » высовываніе языка впередъ;
7.— » глотательное движеніе;
8.— » сокращеніе мышцъ верхней части лица, поднятіе верхняго вѣка;
9.— » сокращеніе мышцъ нижней части лица;
10.— » поворотъ глазъ вверхъ и вправо, сокращеніе зрачковъ;
11.— » поворотъ глазъ вверхъ;
12.— » » » внизъ;
13.— » поднятіе верхняго вѣка, расширеніе зрачковъ;

14.— вызывалось сильное закидываніе головы назадъ, удивленный взглядъ;
15.— » наклоненіе головы впередъ, улыбка;
16.— » отведеніе руки;
17.— » сгибаніе ручной кисти и движеніе въ пальцахъ;
18.— » приведеніе руки;
19.— » сильное эпилептовидное дрожаніе всей верхней конечности;
20.— » сгибаніе ноги въ колѣнномъ сочлененіи;
21.— » разгибаніе ноги;
22.— » въ наружной половинѣ участка: сгибаніе руки въ локтевомъ сочлененіи, приведеніе плеча, сгибаніе соименной ноги въ колѣнномъ сочлененіи; во внутренней половинѣ: перекрестное сокращеніе конечностей (въ рукѣ соименной со стороной раздраженія).
23.— » разгибаніе одностороннихъ конечностей;
24.— » сгибаніе руки въ локтевомъ сочлененіи;
25.— » разгибаніе ея;
26.— » поворотъ головы въ сторону и впередъ;
27.— » » » » » » назадъ;
28.— » слезотеченіе изъ глаза, соименнаго раздраженію;
29.— » появленіе болевыхъ рефлексовъ въ обѣихъ ногахъ;
30.— » » » ощущеній и рефлексовъ въ обѣихъ рукахъ.

Къ этому я считаю нужнымъ прибавить, что д-ръ Мочутковскій, при демонстраціяхъ на гипнотизированной больной въ присутствіи многихъ членовъ VII съѣзда, эти опыты производилъ такимъ образомъ: одинъ изъ ассистентовъ приставлялъ тупой электродъ къ мечевидному отростку грудины, а д-ръ Мочутковскій вкалывалъ весьма острую иглу, вставленную въ верхушку другаго проводника, въ кожу черепа; спустя короткое время вышеуказанныя явленія обнаруживались весьма рельефно и, на сколько мнѣ помнится, повторялись довольно правильно.—Кромѣ того, вліяніе воли больной въ выраженіи тѣхъ или другихъ мышечныхъ сокращеній, не могло имѣть мѣста; гипнотическій сонъ ея былъ до того крѣпокъ, что глубокое вкалываніе иглы въ кожу безъ вліянія электрическаго тока не вызывало никакихъ рефлексовъ.

Если читатель сравнитъ положеніе отдѣльныхъ двигательныхъ центровъ на рисункахъ 41 и 42, то онъ легко замѣтитъ, что не всѣ участки, найденные д-ромъ Мочутковскимъ, совпадаютъ съ участками, указанными Артюромъ Гэромъ; но эта разница отчасти зависитъ оттого, что первый наносилъ кружки на покровахъ черепа, тогда какъ второй рисуетъ ихъ на мозгу, лишенномъ черепной покрышки; далѣе Гэръ ихъ опредѣляетъ на основаніи опытовъ вырѣзыванія опредѣленныхъ частей мозговой коры, а Мочутковскій—путемъ возбужденія электрическимъ токомъ, проведеннымъ къ центрамъ чрезъ весьма тонкую иглу.—Тѣмъ не менѣе, нетрудно убѣдиться въ томъ, что въ обоихъ случаяхъ находится и совпаденіе главныхъ двигательныхъ центровъ; такъ, кружки 7, 8, 9, 10 (рис. 41) почти совпадаютъ съ участками 3, 4, 5, 6 (рис. 42), т. е., центры движенія мышцъ языка и рта какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ расположены въ нижней части и *впереди* Роландовой борозды; далѣе, кружки b, c, d (рис. 41) почти соотвѣтствуютъ участкамъ 16, 17, 18 (рис. 42)—это двигательные центры верхней конечности, расположенные въ верхней части и *позади* Роландовой борозды; наконецъ, кружокъ *1* (рис. 41) соотвѣтствуетъ участку 20$_c$(рис. 42), указывающему положеніе двигательнаго центра нижней конечности, помѣщающагося также позади и поодаль отъ Роландовой борозды.

Итакъ, физіологія и патологія мозга намъ указываютъ, что въ корковомъ слоѣ расположены отдѣльные центры, управляющіе движеніемъ тѣхъ или другихъ группъ мышцъ; и хотя, повторяю, точное опредѣленіе этихъ отдѣльныхъ двигательныхъ центровъ требуетъ еще дальнѣйшихъ изслѣдованій, тѣмъ не менѣе, хирурги, уже на основаніи имѣющихся данныхъ, могутъ въ иныхъ случаяхъ пораженія центральной нервной системы опредѣлить—какіе участки мозговой коры поражены въ томъ или другомъ случаѣ. Вотъ почему я думаю, что для хирургической діагностики весьма важно обладать средствомъ—*опредѣлить на живомъ организмѣ точное положеніе Роландовой и Сильвіевой бороздъ;* тѣмъ болѣе, что, обыкновенно, черепные швы на живой, хотя бы и выбритой головѣ весьма трудно прощупать сквозь плотные покровы черепа.

Въ вышеуказанной лекціи проф. Гэръ посвящаетъ этому вопросу весьма обстоятельное описаніе, которое я намѣренъ представить здѣсь in extenso.

Топографія черепно-мозговой области.

Топографія черепно-мозговой области. Отношеніе поверхности мозга къ черепу и его покровамъ одинаково интересуетъ какъ анатома, такъ и хирурга; но первый стремится опредѣлить самыя точныя отношенія этихъ частей другъ къ другу путемъ анатомической препаровки, тогда какъ второй имѣетъ дѣло съ живымъ организмомъ и, потому, онъ вынужденъ пользоваться тѣми средствами, при помощи которыхъ онъ можетъ указать только отношенія мозга къ *опредѣленнымъ* частямъ черепа, имѣющимъ наружныя опознавательныя точки. Кромѣ того, далеко не всѣми опознавательными точками черепа хирургъ можетъ пользоваться при діагностикѣ локализированныхъ поврежденій мозга, ибо большая часть этихъ точекъ (костные швы, нѣкоторыя ямки или бугорки, отверстія въ черепѣ и т. п.) покрыты толстыми покровами, цѣлость которыхъ никакой хирургъ не согласится нарушить съ цѣлью діагностическою. Отсюда явствуетъ, что хирургу необходимо умѣть опредѣлить положеніе извѣстныхъ участковъ мозга на основаніи лишь наружнаго обзора головы съ ея цѣлыми покровами. Въ дѣйствительности, нѣкоторые костные выступы на черепѣ могутъ служить руководящими точками при рѣшеніи діагностическихъ вопросовъ; именно тѣ выступы, которые имѣютъ прямое отношеніе къ мозговой полости. Костные же выступы на лицевыхъ костяхъ, не имѣющіе прямого отношенія къ мозговому ящику (brain-case), не могутъ служить для той же цѣли. Еще Кэмперъ (Camper), предлагая такъ назыв. «лицевой уголъ» для измѣренія черепа, говорилъ, что лицевыя кости не одинаково развиваются въ отношеніи черепа собственно у различныхъ расъ и индивидуумовъ и потому онѣ не могутъ входить въ основаніе подобнаго измѣренія черепа. Какъ бы то ни было, но вѣрно то, что на нижнемъ сегментѣ черепа нѣтъ такихъ опознавательныхъ точекъ, которыя указывали-бы расположеніе отдѣльныхъ участковъ корковаго слоя мозга и отношенія ихъ къ поверхности головы. Если остановиться на отверстіи наружнаго слуховаго прохода (meatus auditorius externus) или на сосцевидномъ отросткѣ, какъ на исходной точкѣ, отъ которой проводить линіи вверхъ и впередъ или взадъ и внизъ, то эти линіи не могутъ точно указать лобнаго пояса мозговой коры или передней ямки черепной полости, равно какъ затылочнаго пояса или задней ямки, ибо самая исходная точка (meatus auditorius externus) зависитъ больше отъ развитія темянной кости и средней ямки черепной полости.

Итакъ, если даже исключить тѣ рѣзко выдающіяся опознавательныя

точки, которыя не могутъ быть выраженіемъ постояннаго отношенія черепа къ поверхности мозга, то все еще остаются четыре пункта первостепенной важности, на основаніи которыхъ можетъ быть построена система измѣренія. Таковы суть: 1) *glabella*, или корень носа, имѣющая непосредственное отношеніе къ передней границѣ черепной полости; 2) *inion*, или наружный затылочный бугоръ, имѣющій также отношеніе къ задней границѣ той же полости; онъ соотвѣтствуетъ мѣсту слiянія processus falciformis съ tentorium. Весь мозгъ расположенъ въ черепной полости между названными двумя точками, имѣющими непосредственное отношеніе къ кортикальному слою мозга, независимо оттого, въ какомъ стадіи развитія находятся кости, образующія сводъ черепа. 3) *Наружный угольный отростокъ* (processus angularis) *лобной кости*, имѣющій такое же отношеніе къ боковой части лобной доли мозга, какъ первыя двѣ названныя точки относятся къ переднему и заднему полюсамъ мозга. Эта точка имѣетъ также постоянное отношеніе къ Сильвіевой бороздѣ. Наконецъ, 4) *темянные бугры* (eminentiae ossium parietalium), разстояніе между которыми можетъ указать наибольшее протяженіе мозговаго полушарія въ ширь, и, какъ это доказалъ Эдинбургскій профессоръ по анатоміи, д-ръ Тёрнеръ (Turner), эти бугры въ прямой зависимости отъ gyrus supramarginalis. — Отношенія ихъ на поверхности головы весьма различны, что зависитъ отъ типичности черепа; на брахіоцефалическомъ темянной бугоръ отстоитъ отъ верхушки свода дальше, чѣмъ на долихоцефалическомъ черепѣ; но отношеніе его къ мозговой корѣ болѣе постоянно, поэтому темянной бугоръ имѣетъ важное значеніе при опредѣленіи участковъ мозговой коры на головѣ живаго человѣка.

Опредѣленіе мѣстоположенія Роландовой борозды.

Чтобы опредѣлить верхній конецъ Роландовой борозды при помощи вышеуказанныхъ точекъ, нужно измѣрить срединную линію головы по поверхности черепныхъ покрововъ отъ корня носа до наружнаго затылочнаго бугра. На среднихъ головахъ взрослаго человѣка эта линія колеблется между 9 и 13 англійскими дюймами. Считая спереди назадъ по этой линіи, пространство отъ корня носа до верхушки Роландовой борозды будетъ равняться 55,7% всего протяженія между корнемъ носа (glabella) и затылочнымъ бугромъ (inion). Слѣдующая скала показываетъ разстояніе отъ glabellae до верхушки Роландовой борозды на обыкновенныхъ головахъ:

Когда разстояніе между glabella и inion будетъ:	то разстояніе между glabella и верхнимъ концемъ Роландовой борозды равняется
11 англ. дюйм.	6,1 англ. дюйм.
11,5 » »	6,4 » »
12 » »	6,6 » »
12,5 » »	7 » »
13 » »	7,2 » »

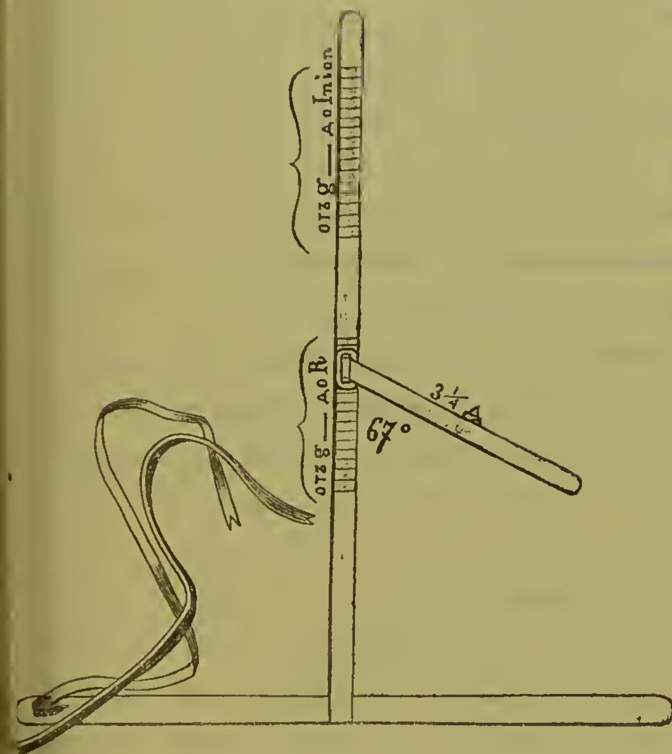
Эти числа выведены, какъ среднія, изъ измѣреній 11 головъ, весьма различныхъ формъ. Такое постоянство пропорціональнаго отношенія указываетъ на тотъ фактъ, что предроландовая и зароландовая области мозга находятся во взаимномъ постоянномъ соотношеніи, каковы-бы ни были размѣры мозга, какъ цѣлаго. Стало быть, предроландовая дуга есть опредѣленный сегментъ всей дуги поверхности мозга, превышающая немного болѣе половины (55,7%) всей длины срединной линіи; послѣднюю всегда можно точно опредѣлить путемъ измѣренія разстоянія между glabella и inion; слѣдовательно, и длина предроландовой дуги можетъ быть съ точностью вычислена. Такимъ образомъ этими двумя измѣреніями опредѣляется положеніе вершины Роландовой борозды. Проф. Сэнъ (Thane) вычисляетъ положеніе этой точки нѣсколько иначе; онъ раздѣляетъ по поламъ всю длину срединной линіи между glabella и inion и, получивъ положеніе верхушки свода черепа (vertex cranii), начерчиваетъ точку кзади послѣдней на $^1/_2$ дюйма; эта точка и будетъ соотвѣтствовать верхнему концу Роландовой борозды. Хотя подобное вычисленіе, вообще говоря, не такъ точно, какъ въ вышеприведенной скалѣ, тѣмъ не менѣе, для практическихъ цѣлей хирурга оно вполнѣ удовлетворяетъ въ наибольшемъ числѣ случаевъ.

Найдя положеніе вершины Роландовой борозды, нужно еще опредѣлить ея направленіе и длину. При измѣреніи сквозь покровы послѣдняя равняется $3^3/_4$ дюйма; кромѣ того, намъ извѣстно, что Роландова борозда направляется сверху внизъ и сзади на передъ и ея ось пересѣкаетъ срединную линію головы подъ угломъ въ 67°.

Циртометръ Клаудъ-Уильсона. Чтобы съ точностью опредѣлить на головѣ живаго человѣка вышеуказанныя точки и направленіе Роландовой борозды, д-ръ Клаудъ-Уильсонъ (Claud-Wilson) устроилъ особенный снарядъ, названный имъ cyrtometer. Онъ состоитъ (см. рис. 45) изъ трехъ гибкихъ

металлическихъ полосокъ и одной тесьмы, служащей для укрѣпленія снаряда на головѣ, какъ это показано на рис. 44. Наиболѣе длинная

Рис. 43.



Циртометръ Клауда-Уильсона.

Рис. 44.

Тотъ же снарядъ *in situ*. *Gl*—glabella; *P. a. e.*—processus angularis externus; положеніе и направленіе Роландовой борозды опредѣляется отвѣсною полосою, наклоненною подъ угломъ въ 67° къ меридіану головы (рисунокъ заимствованъ у Гэра).

полоска обводится вѣнцомъ вокругъ головы такъ, чтобы она касалась корня носа (или glabella) и верхняго края глазницы (или processus angularis externus); вторая продольная полоска прикладывается по срединной линіи головы отъ корня носа до наружно-затылочнаго бугра; эта полоска снабжена двумя скалами дѣленій: главная скала нанесена на задней $^1/_4$ полоски, а меньшая скала—почти въ срединѣ той же полоски; эти двѣ скалы находятся въ соотвѣтственномъ соотношеніи другъ къ другу; именно: на разстояніи 55,7% всей длины полоски, т. е., отъ корня носа до наружнаго затылочнаго бугра, начинаются дѣленія меньшей скалы, поэтому, если крайняя точка дѣленія большей скалы падаетъ на inion, то послѣдняя точка малой скалы совпадетъ съ верхушкою Роландовой борозды. Третья металлическая полоска укрѣплена къ продольной полоскѣ подъ угломъ въ 67° и имѣетъ въ длину $3^1/_4$ дюйма; она указываетъ направленіе и величину Роландовой борозды.

Опредѣленіе мѣстоположенія Сильвіевой борозды.

Сильвіева борозда представляетъ также извѣстныя соотношенія съ наружными опознавательными точками черепа: если провести кратчайшимъ путемъ линію между processus angularis externus (верхняго края глазницы) и tuber occipitalis externus, то она пройдетъ на $^1/_4$ дюйма выше meatus auditorius externus и будетъ соотвѣтствовать основанію средней ямки черепной полости; на разстояніи $1^1/_8$ дюйма кзади отъ processus angularis по только-что указанной линіи лежитъ начало Сильвіевой борозды; обыкновенно эта точка имѣетъ столь постоянное отношеніе, что послѣднее не измѣняется съ увеличеніемъ размѣровъ головы. Прямая линія, проведенная отъ этой точки вверхъ къ темянному бугру, покажетъ направленіе и положеніе Сильвіевой борозды.

Схема Маршаля для опредѣленія мозговыхъ бороздъ.

Если хирургъ уже приступаетъ къ операціи и обнажаетъ черепъ отъ височныхъ апоневроза и мышцы, то предъ нимъ открывается еще мѣсто сліянія трехъ швовъ—лобнаго, темяннаго и височнаго; эта точка

Рис. 45.

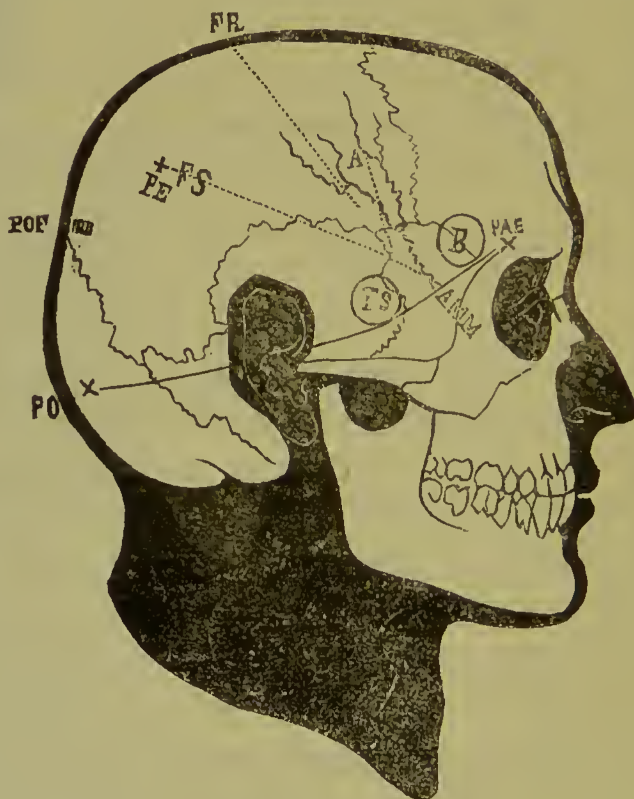


Рис. 45 представляетъ схему топографіи черепно-мозговой области (по Маршалю).

PO—processur occipitalis; *PAE*—proc. angularis ext.; штрихованная линія *FS*—Сильвіева борозда; линія *A*—восходящая вѣтвь той-же борозды; *FR*—Роландова борозда; *PE*—бугоръ височной кости; *AMM*—arteria meningea media; *TS*—вершина крыловидно-височной извилины мозга; *B*—мозговая извилина Брока.

извѣстна подъ названіемъ *pterion*; отъ нея на черепѣ поднимается полукружная линія, идущая взадъ и указывающая положеніе suturae squamo-parietalis; вершина этой дуги пересѣкается Сильвіевой бороздой. На приложенномъ при семъ рис. 45 видно, что восходящая вѣтвь (А) Сильвіевой борозды соотвѣтствуетъ suturae sphenoido-squamosae и подымается вверхъ, параллельно лобно-темянному шву на разстояніи $1/2$ дюйма кзади отъ pterion.—Кромѣ того, для хирурга весьма важно помнить, что въ этой же области проходитъ arteria meningea media; эта послѣдняя образуетъ ложбинку по внутренней поверхности большаго крыла ossis sphenoidal. и затѣмъ поднимается вверхъ по передне-нижнему углу темянной кости; на всемъ этомъ протяженіи названная артерія тѣсно прилегаетъ къ твердой мозговой оболочкѣ; на рис. 45 arteria meningea media представлена въ формѣ извилистой вѣтви между двумя кружками (В и TS), изъ которыхъ передній указываетъ положеніе мозговой извилины Брока, а задній—вершину височно-крыловидной извилины. Отсюда явствуетъ, что если оператору представляется надобность обнажить мозговую извилину Брока, то онъ коронку трепана долженъ наложить по поперечной линіи между глазничнымъ бугромъ *впереди* arteriae meningeae mediae; при обнаженіи же височно-крыловидной извилины мозга коронка трепана пройдетъ по той же линіи, но *позади* названной артеріи, т. е., по окраинѣ большаго крыла ossis sphenoidalis.

Литературные источники:

1) E. v. Bergmann. *Die Lehre von den Kopfverletzungen* 1880 (см. Сборникъ по хирургіи Billroth & Lücke).

2) Онъ-же. *Ueber den Hirndruck* (см. Langenbeck's Archiv f. klinische Chirurgie, т. XXXII, стр. 705).

3) Adamkewicz. *Ueber Hirndruck und Hirncompression* (см. «Wiener Klinik» 1884, тетради 8 и 9).

4) Онъ-же. *Experimentalkritik der herrschenden Lehre vom Hirndrucke*. Wien. 1884.

5) R. W. Amidon. *A statistical contribution to cerebral surgery* (см. «Annals of Surgery» 1885, March).

6) Lawford Knaggs. *Remarks on the surgical treatment of depressed compound fractures of the skull* («The Lancet» 1888, 17 March).

7) Victor Horsley. *Brain Surgery* (см. «British Medic. Journal» 1886, 9 October).

8) Arthur Hare. *Lectures on cranial surgery* («The Lancet» 1884, 4 February, March 3 и 10).

9) Hale White. *The conditions of the bones of the skull and the dura mater in cases of tumour of the brain* (см. Guy's hospital's Reports, т. XLIII, 1886.

10) Онъ-же. *One hundred cases of cerebral tumour with reference to cause operative treatment, mode of death and general symptoms* (тамъ-же).

11) W. H. Jacobson. *Middle meningeal haemorrhage* (тамъ-же).

12) Flourens. *Recherches expérimental sur les propriétés et les fonctions du système nerveux.* Paris 1824.

13) Fritsch und Hitzig. *Untersuchungen über das Gehirn* (Reichert's und du-Bois-Reymond's Archiv 1870).

ГЛАВА X.

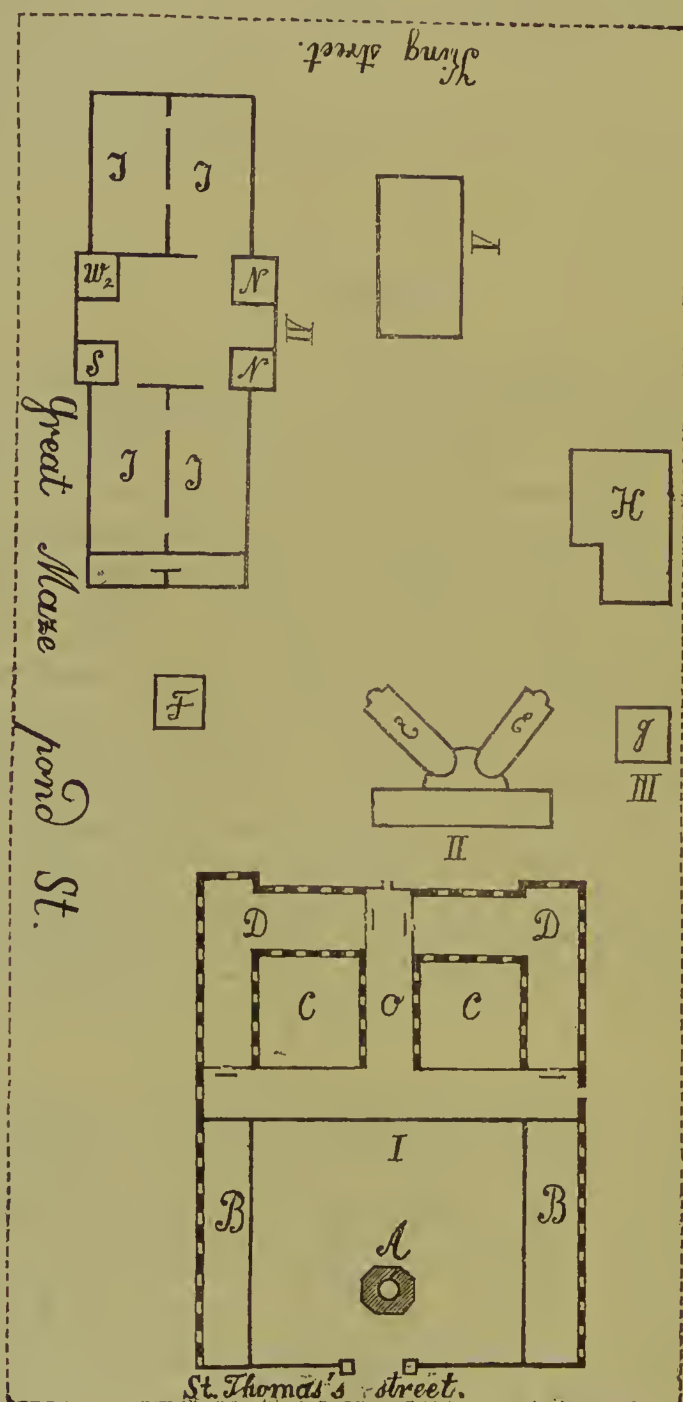
Guy's hospital and Medical School. Основаніе больницы и топографическое расположеніе зданій.—Внутреннее устройство палатъ.—Ежегодное число стаціонарныхъ и приходящихъ больныхъ. — Нѣкоторыя историческія свѣдѣнія о медицинскомъ колледжѣ при Guy's hospital.—Порядки въ хирургическомъ отдѣленіи больницы.—Случай смертельнаго кровотеченія послѣ вылущенія бедра (изъ клиники проф. Дюргэма).—Проф. Брайнтъ, какъ операторъ; *Amputatio femoris* и *Amputatio mammae,* какъ примѣры его оперативной техники. Проф. Гоузъ, какъ операторъ; *Urethrotomia externa.*—Объ антисептикѣ въ Guy's hospital. *Resectio capituli humeri; Resectio ossium tarsi* и *Exstirpatio glandularum carcinomatosarum in fossa iliaca,* произведенная Клементомъ Лукасомъ.—Взглядъ этого оператора на значеніе современной хирургіи.—О значеніи патологіи для хирурга.—О мозговыхъ онухоляхъ и показаніяхъ къ оперативному вмѣшательству, по изслѣдованіямъ д-ра Уайта.—Изслѣдованіе д-ра Джэкобсона вопроса о кровотеченіи изъ артерій твердой мозговой оболочки.—Исходы трепанацій при внутричерепномъ кровотеченіи.—Анатомическій музей Guy's hospital.—Труды представителей хирургіи этой школы.—Литературные источники.

Основаніе больницы и топографическое расположеніе зданій.

Къ числу старыхъ врачебно-образовательныхъ учрежденій Лондона, пользующихся особеннымъ довѣріемъ общества и популярностью среди учащихся медицинѣ, принадлежитъ *Guy's hospital and Medical School.* Эта больница была основана въ 1722 году Лондонскимъ книгопродавцемъ-филантропомъ—Ѳомой Гюи, имя котораго по-нынѣ присвоено самому учрежденію. Спачала эта больница имѣла всего 300 коекъ; но позднѣе, въ 1828 г., этому учрежденію отказалъ большую сумму денегъ купецъ Уильямъ Гёнтъ, на иждивеніи котораго названная больница увеличила число коекъ болѣе чѣмъ вдвое. Въ настоящее время Guy's hospital имѣетъ 690 коекъ, состоитъ изъ пяти отдѣльныхъ зданій, раскинутыхъ на протяженіи 6 акровъ земли въ центрѣ города, вблизи Лондонскаго моста (London bridge) и выходитъ на три улицы: 1) глав-

ный фасадъ зданія, такъ называемый *Guy's house* (см. I, рис, 46), обращенъ къ улицѣ St. Thomas's street; 2) въ серединѣ двора находятся

Рис. 46.



Планъ Guy's hospital въ Лондонѣ.

I—«Guy's house»; II—клиническое зданіе; III—*Petersham house*; IV—Hunt's house; V—анатомическій институтъ; *A*—передній дворъ съ памятникомъ Guy; *B*—контора больницы; *C*—центральные дворики; *D*—хирургическія палаты; *E*—терапевтическія палаты; *F*—офтальмологическія палаты; *g*—дѣтское отдѣленіе; *H*—прачешное зданіе; *J*, *J*, *J*, *J*—«двойныя палаты» (double wards) для хирургическихъ больныхъ; *N*, *N*—комнаты для дежурной сидѣлки; *S*—комната для дежурной сестры милосердія; *Wc*—ватеръ-клозеты.

три каменныхъ павильона—клиническое зданіе (the clinical building) (см. II, рис. 46); 3) громадное трехэтажное зданіе, носящее названіе *Hunt's house* (см. IV, рис. 46) выходитъ на улицу Great Maze pont street; направо отъ клиническаго зданія находится 4) особенный домъ, называемый *Petersham house*, предназначенный для квартиръ больничной прислуги (см. III, рис. 46) и ясли для младенцевъ: 5) наконецъ, въ самой задней части больницы воздвигнуты нѣсколько павильоновъ или «*blocks*», гдѣ сосредоточиваются учебно-вспомогательныя учрежденія: анатомическій театръ, секціонный залъ, лабораторіи, кабинеты и тому подобное (см. V, рис. 46).

Внутреннее устройство палатъ.

Вообще же въ этомъ госпиталѣ можно видѣть больничныя помѣщенія различныхъ системъ; такъ, напр., старое зданіе—*Guy's house*, въ которомъ помѣщаются хирургическіе больные, устроено по корридорной системѣ; клиническое зданіе, назначенное для терапевтическихъ больныхъ, расположено павильонами; *Hunt's house*, гдѣ помѣщаются пріемные залы для приходящихъ больныхъ и офтальмологическое отдѣленіе, состоитъ изъ отдѣльныхъ каменныхъ зданій, связанныхъ между собою короткими корридорами. Во всѣхъ этихъ зданіяхъ больничныя палаты слишкомъ скучены; но свѣта и воздуха въ хирургическихъ палатахъ вполнѣ достаточно, такъ какъ окна расположены по обѣимъ сторонамъ палаты и обращены во дворъ, гдѣ раскинутъ небольшой садъ. Вентиляція въ палатахъ, помимо спеціальныхъ приспособленій, производится главнымъ образомъ посредствомъ большихъ створчатыхъ оконъ, опускающихся почти до пола, и постоянно открытыми дверями. Среднимъ числомъ, па каждую койку приходится до 2000 куб. футовъ пространства. Въ новомъ зданіи—Hunt's *house*—палаты раздѣлены на двѣ половины продольною стѣною съ промежуткомъ въ срединѣ и по концамъ палаты, гдѣ поставлены камины; такія палаты называются англичанами *double wards* или «*salles accouplés*» (по французски). Онѣ представляютъ собою нѣкоторое удобство относительно экономіи въ больничной прислугѣ; но, съ другой стороны, тонкая перегородка между двухъ обширныхъ палатъ не достаточно изолируетъ больныхъ другъ отъ друга. Въ такихъ помѣщеніяхъ воздухъ всегда бываетъ спертымъ. Въ зимнее время отапливаніе и вентилированіе палатъ производится посредствомъ пара, проходящаго по трубамъ, проведеннымъ изъ подвальнаго этажа. Но эта система признана мѣстными врачами неудовлетворительною и слишкомъ дорогою: вентиляція стоитъ около 15 руб. въ

годъ на каждую койку и больнаго [1]). Изъ особенностей этой больницы заслуживаетъ упоминанія весьма цѣлесообразное устройство прачешной, въ которой больничное бѣлье обеззараживается и моется особенными машинами.

Ежегодное число операціонныхъ и приходящихъ больныхъ.

По приложенному рисунку читатель можетъ отчасти познакомиться съ топографическимъ расположеніемъ отдѣльныхъ зданій Guy's hospital. Вообще же эта больница носитъ на себѣ печать стараго зданія, служащаго для пріюта больныхъ рабочаго сословія. Ежегодный бюджетъ этого врачебнаго учрежденія доходитъ до 350,000 руб.; сумма эта доставляется отчасти рентою больничнаго капитала, отчасти же частными пожертвованіями. Число коечныхъ больныхъ 1884—1885 г. доходило до 5,121, а число приходящихъ равнялось 56,834 человѣкамъ. При поступленіи въ больницу здѣсь не требуется никакихъ рекомендацій. Для увеличенія доходовъ больницы администрація послѣдней сочла нужнымъ учредить отдѣленіе для платныхъ больныхъ.

Нѣкоторыя историческія свѣдѣнія о Медицинскомъ Колледжѣ при Guy's hospital.

При Guy's hospital функціонируетъ также медицинская школа (Medical School), считающаяся однимъ изъ первыхъ учрежденій подобнаго рода въ Англіи. Основателемъ этого колледжа считаютъ д-ра Саундерса (Saunders), открывшаго еще въ 1760 г. систематическій курсъ клиническихъ лекцій; но въ 1768 г. Guy's Medical School слилась съ колледжемъ St. Thomas's hospital, т. е., студенты того или другаго колледжа имѣли свободный доступъ въ обѣ больницы, причемъ Guy's hospital служилъ преимущественно школою внутреннихъ болѣзней, а St. Tomas's hospital, гдѣ во главѣ хирурговъ стоялъ знаменитый Эстлей Куперъ, служилъ школою для изученія хирургіи. Со смертью Купера союзъ этихъ двухъ госпиталей («the united hospitals») распался и съ 1826 года Guy's hospital функціонируетъ въ формѣ отдѣльной медицинской школы, въ которой всѣ отрасли медицины преподаются въ полномъ объемѣ.

Въ настоящее время въ этомъ врачебно-образовательномъ учрежденіи числятся 4 профессора по терапіи и 4 профессора по хирургіи; изъ послѣднихъ я назову Дюргэма (Durham), Брайнта (Bryant), Гоуза (Howse) и Дэвиса-Коллея (Davies-Colley), кромѣ такого же числа ассистентовъ и другихъ помощниковъ.

Во время моего пребыванія въ Лондонѣ въ 1884 г. я лично позна-

[1]) «About 29 shillings annually per bed ant patients». (См. Oppert. *Hospitals, Infirmaries and Dispensaries.* London 1883, стр. 139).

комился съ проф. Дюргемомъ, который вызвался сопровождать меня при осмотрѣ Guy's hospital и, благодаря его чрезвычайной любезности, я имѣлъ полную возможность обстоятельно познакомиться съ порядками этого врачебно-образовательнаго учрежденія.

Порядки въ хирургическомъ отдѣленіи.

Внутренняя обстановка больничныхъ палатъ здѣсь много бѣднѣе, нежели въ St. George's hospital; но уходъ за больными—чисто семейный; прислуга—почти исключительно женская и неформенная [1]).

Въ хирургическомъ отдѣленіи больныхъ съ травматическими повреждениями, называемомъ «accident departement», проф. Дюргэмъ показалъ мнѣ нѣсколько случаевъ свѣжихъ переломовъ конечностей, которые лечатся здѣсь гипсовыми повязками, чего я въ другихъ больницахъ Лондона почти не видалъ.—Свѣжія раны перевязываются іодоформомъ и покрываются слоями Листеровской марли; въ иныхъ случаяхъ, напр., при вскрытіи гидатиднаго мѣшка въ печени, употребляется еще spray (въ 1884 г.). Въ одной изъ палатъ проф. Дюргэма я видѣлъ старика, ампутированнаго по Сайму; по снятіи первой повязки лоскутъ ампутированной культи представлялся омертвѣвшимъ и Дюргэмъ считалъ нужнымъ сдѣлать разрѣзъ въ задней части лоскута, откуда вытекла кровянисто-гнойная жидкость. По поводу этого случая я позволилъ себѣ спросить профессора—примѣняетъ ли онъ способъ костно-пластической ампутаціи Пирогова? «Конечно, мы дѣлаемъ эту операцію»—отвѣтилъ Дюргэмъ—но при другихъ показаніяхъ, когда нѣтъ костоѣды пяточной кости». Отвѣтъ—не вполнѣ ясный!

При многократномъ посѣщеніи хирургическихъ палатъ Guy's hospital, я убѣдился въ томъ, что здѣсь далеко не всѣ раны протекаютъ безгнилостно, хотя многіе весьма сложные оперативные случаи, какъ вскрытіе печени, вылущеніе почки и т. п. протекали вполнѣ удовлетворительно.

Случай смертельнаго кровотеченія послѣ вылущенія бедра (изъ клиники проф. Дюргэма).

11/VIII, 1884 г. проф. Дюргэмъ пригласилъ меня въ анатомо-патологическій залъ, гдѣ происходило вскрытіе больнаго, умершаго послѣ вылущенія бедра, 36 часовъ спустя послѣ операціи отъ послѣдовательнаго кровотеченія. Вскрытіе показало, что подвздошная артерія (art. iliaca ext.) вблизи культи была затромбирована, т. е., между стѣнками сосуда видна была солидная спайка. Необходимо замѣтить, что проф. Дюргэмъ, вмѣсто лигатуры, употребляетъ torsio (скручиваніе) артерій;

[1]) Подъ эпитетомъ «форменная» я понимаю прислугу, принадлежащую извѣстной общинѣ и носящую опредѣленную одежду.

тѣмъ не менѣе, онъ предполагалъ, что послѣдовательное кровотеченіе исходило изъ боковыхъ сосудовъ и, чтобы унять кровотеченіе, Дюргэмъ ввелъ in rectum толстый тампонъ, который производилъ такое сильное давленіе на прямую кишку, что на трупѣ найдены были кровоподтеки на слизистой оболочкѣ прямой кишки.

Къ сожалѣнію, мнѣ не удалось видѣть проф. Дюргэма оперирующимъ; но по толпѣ окружавшихъ его студентовъ видно, что онъ пользуется репутаціею хорошаго клинициста среди учащейся молодежи.

Профессоръ Брайнтъ, какъ операторъ.

Проф. Брайнтъ, завѣдующій однимъ изъ обширнѣйшихъ хирургическихъ отдѣленій въ Guy's hospital, считается первымъ операторомъ этой школы. По наружному виду, Брайнтъ человѣкъ 60 лѣтъ; его аудиторія всегда многолюдна, его быстрая техника при операціяхъ вызываетъ удивленіе на лицахъ многихъ молодыхъ врачей.

Операціонный залъ Guy's hospital представляетъ собою амфитеатръ съ стекляною крышею, чрезъ которую свѣтъ падаетъ прямо на операціонный столъ.—Къ операціонному залу приставленъ особенный инструментаріусъ, который за часъ до операціи отбираетъ нужные инструменты и погружаетъ ихъ въ ванну съ карболовой кислотой. Оперируемыхъ вносятъ въ аудиторію уже занаркотизированными. Вокругъ операціоннаго стола толпится нѣсколько студентовъ, носящихъ обязанности dressers.

Чтобы познакомить читателя съ особенностями оперативной техники проф. Брайнта, я позволю себѣ привести здѣсь вкратцѣ нѣсколько обыденныхъ операцій, видѣнныхъ мною изъ рукъ этого ветерана-хирурга.

Amputatio femoris, по Брайнту.

Наблюденіе XXXII. Amputatio femoris, произведенная проф. Брайнтомъ (23/VI, 1885).

Въ аудиторію внесли на носилкахъ крайне истощенную старушку, у которой лѣвая нога была сведена въ колѣнѣ. Операторъ въ нѣсколькихъ словахъ передалъ исторію болѣзни; опредѣливъ, что данная больная страдаетъ хроническимъ воспаленіемъ колѣна (arthromeningitis genu), Брайнтъ рѣшилъ предпринять ампутацію бедра въ нижней его трети.

Техника ампутаціи. Обмывъ область колѣна и нижней части бедра растворомъ іодоформа, операторъ обезкровилъ конечность Эсмарховскимъ бинтомъ. а) Однимъ взмахомъ Брайнтъ провелъ *круговой разрѣзъ*, затѣмъ сдѣлалъ *два продольныхъ сѣченія* и, образовавъ такимъ образомъ два лоскута—передній и задній, б) *отдѣлилъ нако-*

стницу вокругъ бедренной кости и в) *отпилилъ кость* обыкновенной пилой; послѣ того г) *перевязалъ бедренную артерію* струнною нитью, а прочія артеріальныя вѣтви онъ торквировалъ. Теперь операторъ приказалъ снять Эсмарховскій бинтъ и, хотя рана еще сильно кровоточила, тѣмъ не менѣе, онъ наложилъ нѣсколько стежковъ изъ толстаго шелку на края культи и стянулъ послѣднюю широкими полосками липкаго пластыря. Въ одинъ изъ зіяющихъ угловъ раны вставлена была тонкая дренажная трубка, наружный конецъ которой выводился изъ-за уровня повязки. Покрывъ рану кускомъ іодоформенной марли и толстымъ слоемъ ваты, Брайнтъ забинтовалъ культю обыкновеннымъ бумазейнымъ бинтомъ.

При вскрытіи колѣннаго сочлененія ампутированной конечности найдена была небольшая узура во внутреннемъ мыщелкѣ большеберцовой кости; никакихъ фунгозностей или обильнаго нагноенія не было. Поэтому, я полагаю, что въ рукахъ другаго, болѣе современнаго хирурга случай этотъ наврядъ ли потребовалъ бы ампутаціи бедра!

Amputatio mammae, по Брайнту.

Наблюденіе XXXIII. Amputatio mammae, по Брайнту. Немолодая женщина страдала ограниченною твердою опухолью величиною въ волошскій орѣхъ на правомъ соскѣ титечной железы. Опредѣливъ, что наростъ этотъ—ракъ, Брайнтъ приступилъ къ удаленію всей титечной железы. Разрѣзъ онъ началъ вести съ подкрыльцевой впадины; но при первомъ ударѣ ножа оперированная стала кричать; тогда операторъ, оставивъ ножъ воткнутымъ въ тѣло оперируемой, въ то же время сталъ высказывать свое неудовольствіе на помощника, наркотизировавшаго больную. Когда больную усыпили вполнѣ, операторъ двумя взмахами ножа усѣкъ всю железу и, не остановивъ даже кровотеченія въ ранѣ, занялся изслѣдованіемъ вырѣзанной опухоли.—Подкрыльцевыя лимфатическія железы онъ не считалъ нужнымъ вылущивать. Губы раны Брайнтъ стянулъ полосками липкаго пластыря, поверхъ еще кровоточащей раны наложилъ нѣсколько слоевъ іодоформенной марли и въ такомъ видѣ приказалъ оперированную вынести изъ операціонной залы.

Слѣдя за манипуляціями Брайнта, нетрудно замѣтить, что онъ обладаетъ тою оперативною техникой, которая характеризуется классическимъ изрѣченіемъ—*cito, tuto et jucunde*. По всѣмъ его пріемамъ видно, что проф. Брайнтъ—хирургъ старой школы, пріобрѣвшій славу удачнаго оператора и большую практику въ городѣ. Что же касается примѣненія антисептическихъ мѣръ, то, повидимому, послѣднія не за-

служиваютъ вниманія въ глазахъ Брайнта; въ иныхъ случаяхъ онъ даже непозволительно неряшливъ: такъ, напр., я видѣлъ, какъ Брайнтъ той самой губкою, которою онъ вытиралъ свои грязныя руки, непосредственно соприкасался къ свѣжей ранѣ.—Употребленіе же іодоформа я склоненъ объяснить только привычкой его—примѣнять тотъ перевязочный матеріалъ, который попадается ему подъ руки: въ хирургическихъ же отдѣленіяхъ Guy's hospital іодоформенная марля служитъ обыденнымъ перевязочнымъ матеріаломъ.

Профессоръ Гоузъ, какъ операторъ.

Третій хирургъ той же школы—проф. Гоузъ—болѣе молодой операторъ и его манипуляціи, по моему мнѣнію, представляются болѣе поучительными для присутствующихъ при операціи врачей и студентовъ; однакоже, я замѣтилъ, что аудиторія на половину опустѣла, когда проф. Гоузъ приступилъ къ тому же операціонному столу.

Urethrotomia externa.

Наблюденіе XXXIV. Urethrotomia externa, произведенная Гоузомъ (23/VI, 1885). Мужчина среднихъ лѣтъ, крѣпкаго тѣлосложенія, страдалъ непроходимымъ съуженіемъ мочеиспускательнаго канала. Занаркотизировавъ вполнѣ больнаго, Гоузъ пытался пройти препятствіе тонкимъ металлическимъ катетеромъ, но — безуспѣшно. Тогда онъ положилъ больнаго à la taille, ввелъ въ прямую кишку лѣвый указательный палецъ, а въ правую взялъ обоюдоострый плоскій ножъ и имъ разсѣкъ продольно промежность съ поверхности вглубь непосредственно ниже луковицы (bulbus urethrae). Струя венозной крови заливала промежность; тѣмъ не менѣе, оператору удалось чрезъ рану промежности ввести въ мочевой пузырь желобоватый зондъ и по немъ — тонкій каучковый (англійскій) катетеръ, послѣ чего показалась струя мочи. Кровотеченіе вскорѣ унялось; катетеръ оставленъ à demeure. Рана тщательно промывалась растворомъ карболовой кислоты и покрывалась комками іодоформенной и Листеровской марли.

На сколько позволительно судить по одной лишь операціи, я могу сказать, что проф. Гоузъ дѣйствуетъ сознательно и быстро; въ его рукахъ оперативный ножъ, видно, привычное для него орудіе. Но одинъ лишь видъ крайне грязнаго сюртука, въ которомъ онъ оперировалъ, не говоритъ въ пользу его взглядовъ на антисептику.

Объ антисептикѣ въ Guy's hospital.

Изъ приведенныхъ здѣсь оперативно-клиническихъ наблюденій, читатель могъ убѣдиться, что представители хирургіи Guy's hospital далеко отстали отъ своихъ собратьевъ въ примѣненіи строгихъ мѣръ безгнилостной хирургіи. Здѣсь еще царствуютъ старыя традиціи хирурговъ, что «pus bonum et laudabile» не вредитъ ранѣ; что успѣхъ

операціи зависитъ отъ ловкости и быстроты движенія рукъ оператора; что главная задача хирурга — избавить больнаго отъ вреднаго для его организма того или другаго органа.

Но было-бы несправедливо думать, что въ этой школѣ Guy's hospital нѣтъ врачей, сознающихъ отсталость традицій своихъ учителей и стремящихся слѣдовать современному направленію хирургіи. Къ числу таковыхъ дѣятелей можно причислить Клемента Лукаса (Clement Lucas) и Джекобсона (Jakobson), состоящихъ въ должности ассистентовъ по хирургіи. Въ особенности много оперируетъ д-ръ Лукасъ и, къ слову сказать, онъ оперируетъ вполнѣ современно.

Наблюденіе XXXV. **Resectio capituli humeri**, произведенная д-ромъ Лукасомъ (12/VIII, 1884). Въ операціонномъ залѣ собралось нѣсколько постороннихъ слушателей, которымъ лекторъ вкратцѣ передалъ исторію болѣзни 3-лѣтняго ребенка, страдающаго костоѣдою плечевой головки. Не будучи твердо увѣренъ въ характерѣ патологическаго процесса, д-ръ Лукасъ пригласилъ прозектора патологической анатоміи — д-ра Гудгэрда (Goodhard), — присутствовать при операціи и на свѣжемъ препаратѣ точнѣе опредѣлить діагнозъ болѣзни. Resectio capituli humeri.

Захлороформировавъ ребенка, операторъ тщательно вымылъ карболовой кислотой область лопаточно-плечеваго сочлененія и немедленно приступилъ къ операціи.

Техника: а) Операторъ провелъ *продольный разрѣзъ* отъ клювовиднаго отростка лопатки внизъ по дельтовидной мышцѣ; стараясь ощупать sulcus intertubercularis, онъ скребцомъ приподнялъ сухожилье длинной головки m. bicipitis вмѣстѣ съ накостницей и передалъ его на тупомъ крючкѣ одному изъ помощниковъ. б) *Вскрывъ сочленовную сумку* поперечнымъ разрѣзомъ свода сочлененія, онъ проникъ въ суставъ скребцомъ и *сталъ отрывать сухожилья мышцъ*, прикрѣпляющихся къ обоимъ буграмъ плечевой кости. Всѣ эти манипуляціи д-ръ Лукасъ производилъ осмотрительно и вполнѣ демонстративно. Затѣмъ в) *выпятилъ головку плеча* чрезъ наружную рану и тонкой пилой *отпилилъ эпифизъ* на высотѣ хирургической шейки. При операціи кровотеченіе было незначительно. Рана тщательно промывалась растворомъ карболовой кислоты; въ полость сустава введены толстая дренажная трубка и іодоформенный тампонъ. Кожный разрѣзъ операторъ сшилъ узловатымъ швомъ. Поверхъ раны наложена повязка изъ Листеровской марли.

Отпиленная головка плечевой кости представлялась изъѣденною на поверхности хряща. Д-ръ Гудгэрдъ опредѣлилъ, что въ данномъ случаѣ имѣется начало tuberculosis ossium, и потому онъ считаетъ резекцію вполнѣ умѣстною операціею.

Въ тотъ же день д-ръ Лукасъ предпринялъ еще другую операцію — evidement головокъ плюсневыхъ костей стопы.

Resectio ossium tarsi.

Наблюденіе XXXVI. **Resectio ossium tarsi.** (12/VIII, 1884). Молодая дѣвушка страдала костоѣдою стопы въ области Лисфранковскаго сочлененія; страданіе было, повидимому, также туберкулезнаго характера: образовавшіеся свищи на кожѣ наружнаго края стопы долго не заживали, не смотря на леченіе различными общими и мѣстными средствами.

Техника: Наложивъ упругій бинтъ Эсмарха на стопу, операторъ временно обезкровилъ операціонную область. Затѣмъ онъ провелъ разрѣзъ по наружному краю стопы, начиная отъ задняго отростка пятой плюсневой кости вверхъ — къ пяткѣ и на 1½ сант. впередъ — къ мизинцу. Обнаживъ помощью скребца наружную половину Лисфранковскаго сочлененія и передній рядъ костей предплюсны, операторъ нашелъ, что кубовидная, третья и вторая клиновидныя кости представляются размягченными, рыхлыми, мѣстами изъѣденными. Тогда онъ ввелъ въ рану острую ложечку и ею сталъ усердно выскабливать изъ остова стопы все то, что выскабливалось; затѣмъ онъ долотомъ усѣкъ сочленовные концы послѣднихъ трехъ плюсневыхъ костей (ossa metatarsi). Такимъ путемъ операторъ удалилъ поднакостнично добрую половину кубовидной кости, названныя двѣ клиновидныя и сочленовные концы трехъ наружныхъ плюсневыхъ костей. По снятіи бинта полость раны сильно кровоточила; операторъ захватилъ пинцетомъ нѣкоторыя вѣточки arteriae tarseae и перевязалъ ихъ струнною нитью; полость раны онъ тщательно промывалъ растворомъ карболовой кислоты и выполнилъ іодоформеннымъ тампономъ. Наложивъ нѣсколько стежковъ на кожную рану, д-ръ Лукасъ покрылъ всю стопу Листеровской марлей, карболизованной ватой и укрѣпилъ повязку бинтомъ изъ бумазейной матеріи.

Exstirpatio glandularum carcinomatosarum in fossa iliaca.

Наблюденіе XXXVII. **Exstirpatio glandularum carcinomatosarum in fossa iliaca**, — операція, произведенная д-ромъ Лукасомъ (23/VI, 1885). Въ операціонный залъ вошелъ тучный матросъ лѣтъ за 50. По снятіи съ него больничнаго халата и обнаженіи нижней части живота, зрителямъ продставилась крайне изуродованная область

половыхъ органовъ: дѣтороднаго члена вовсе не было; на мѣстѣ послѣдняго замѣчались рубцы, между складками которыхъ съ трудомъ можно было отъискать отверстіе мочеиспускательнаго канала. Правая паховая область была также покрыта сочными рубцами; лѣвая — представлялась покрытою бугристою, кровоточивою и зловонною опухолью. Діагнозъ — рецидивированный ракъ, начинавшійся на дѣтородномъ членѣ, который нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ былъ in toto ампутированъ.

Стѣнки живота и кожа верхней части бедра у даннаго больнаго представлялись до того ожирѣвшими, что прощупать пульсъ бедренной артеріи не удавалось. Д-ръ Лукасъ рѣшился удалить всѣ перерожденныя желѣзы въ лѣвомъ паху.

Техника: Захлороформировавъ больнаго, операторъ провелъ два полукружныхъ разрѣза, отъ лобка до верхне-передней ости подвздошной кости. Углубляясь постепенно въ толщу передней стѣнки живота, оператору приходилось перерѣзывать множество артеріальныхъ сосудовъ, которые сильно кровоточили; д-ръ Лукасъ скручивалъ ихъ торсіонными пинцетами; но послѣдніе, вслѣдствіе тяжести, часто срывались, отчего кровотеченіе повторялось; въ результатѣ работа представлялась крайне мѣшкотною, утомительною: болѣе полутора часа длилась операція вылущенія пакета глубокихъ желѣзъ паха. По удаленіи всей опухоли рана въ нижней части живота была величиною въ добрый кулакъ, наружная половина бедренной дуги (Пупартовой связки) представлялась обнаженною, но пульсаціи артеріи не было видно.

Промывъ рану растворомъ карболовой кислоты, д-ръ Лукасъ выполнилъ полость іодоформеннымъ тампономъ, покрылъ рану толстымъ слоемъ Листеровской марли и укрѣпилъ повязку бинтомъ.

По всѣмъ пріемамъ д-ра Лукаса видно, что онъ оперируетъ смѣло, но крайне осторожно и съ сознаніемъ угрожающихъ ему опасностей. Кромѣ того, онъ одинъ изъ тѣхъ немногихъ хирурговъ Guy's hospital, которые стремятся ввести антисептику въ хирургію; но строгія требованія Листеровскаго ученія д-ромъ Лукасомъ далеко еще не усвоены.

Въ колледжѣ при Guy's hospital существуетъ слѣдующій modus procedendi — чтеніе клиническихъ лекцій во время лѣтняго семестра (съ 1-го мая по 1-ое августа) предоставлять ассистентамъ профессоровъ; такъ, напримѣръ, по хирургической клиникѣ лекціи читаютъ Лукасъ и Джэкобсонъ. Кромѣ того, эти два хирурга въ теченіи зимняго семестра (съ 1-го октября по 1-ое апрѣля) читаютъ систематическій

курсъ лекцій по оперативной хирургіи и прикладной анатоміи. На этихъ курсахъ аудиторія д-ра Лукаса часто бываетъ весьма многолюдна; онъ умѣетъ заинтересовать слушателя своими практическими указаніями, основанными на анатомическихъ началахъ.

Взглядъ д-ра Лукаса на значеніе современной хирургіи.

Вообще же д-ръ Лукасъ—одинъ изъ самыхъ ретивыхъ операторовъ: онъ не останавливается предъ самыми трудными операціями, какъ вылущеніе почки, резекція кишечника и т. п. Свой взглядъ на значеніе современнаго направленія хирургіи д-ръ Лукасъ весьма рельефно очертилъ въ рѣчи [1]), читанной имъ въ Гёнтеровскомъ Обществѣ (the Hunterian Society), въ которомъ онъ состоитъ президентомъ.

«Съ именемъ Листера, говоритъ Лукасъ, связано изобрѣтеніе «одного изъ способовъ резекцій луче-запястнаго сочлененія; но слава «его зиждется не на подобныхъ изобрѣтеніяхъ, а на строго научныхъ «изслѣдованіяхъ, давшихъ возможность предохранять раны отъ внѣшняго вреднаго вліянія, — изслѣдованіяхъ, извѣстныхъ подъ общимъ «названіемъ «*антисептики*»;—даже я, незаслуживающій быть по«ставленнымъ въ одномъ ряду съ такими свѣтилами науки, изобрѣлъ «способъ удаленія почки, который спасъ жизнь больнаго. Я напоми«наю о томъ случаѣ, при которомъ пятидневное безусловное задержа«ніе мочи побудило меня разсѣчь единственно оставшуюся почку и уда«лить большой камень, препятствовавшій выходу мочи [by cutting down «on the one remaining kidney and removing a stone, which was plugging «its outlet [2])]. Этотъ оперируемый $2^1/_2$ года спустя послѣ операціи на«ходится въ полномъ здравіи. Но подобныя усовершенствованія въ опе«ративной хирургіи, каковы бы ни были ихъ результаты, никогда не «дадутъ ихъ изобрѣтателю такого громкаго имени, какъ Джонъ Гён«теръ или Джозефъ Листеръ. Гёнтеръ стоялъ далеко выше проста«го изобрѣтателя операцій (operation—inventor), хотя послѣднія, на «сколько онѣ вытекаютъ изъ точныхъ наблюденій, имѣютъ свое зна-

---

[1]) *The Hunterian oration of the life-work of John Hunter and his influence on surgery* by Clement Lucas, president of the Society (см. «Lancet» 1888. 18. II. 88).

[2]) По всей вѣроятности, ораторъ говоритъ здѣсь о новой операціи *nephrolitotomia*, т. е., объ удаленіи камня изъ почечной лоханки; въ противномъ случаѣ трудно себѣ представить человѣка живымъ безъ обоихъ почекъ. Вскрытіе почки съ цѣлью удаленія камня въ послѣднее время въ Англіи стало примѣняться относительно часто. Такъ, напр., въ 1888 году описаны два случая Гоуарда и Генри Морисса съ успѣшнымъ исходомъ (см. Transactions of the clinical society of London, т. XX, 1888, стр. 111 и 115).

«ченіе въ наукѣ. Гѳнтеръ былъ самый глубокій хирургическій фило-«софъ своего времени: онъ постоянно открывалъ новые факты, которые «подтверждалъ анатомическими препаратами; и изъ этихъ фактовъ, «собранныхъ въ значительномъ количествѣ, онъ позволялъ себѣ дѣ-«лать только весьма скромные выводы. Благодаря столь усердному и «строго научному труду, Джону Гѳнтеру удалось произвести револю-«цію въ хирургической патологіи—вывести научную хирургію изъ того «сомнительнаго положенія, въ которомъ она стояла въ его время, и по-«ставить ее на одинъ уровень съ внутреннею медициною. Но по какой «пустынѣ протекалъ свѣтлый ручей Гёнтеровскихъ мыслей! Сколько «различныхъ болѣзней и уродствъ, считавшихся совершенно неизлечи-«мыми и неисправимыми, были впослѣдствіи устранены, благодаря его «хирургическимъ указаніямъ по патологіи этихъ процессовъ. Гёнтеръ «копался въ хламѣ неизлечимыхъ болѣзней, предоставленныхъ тера-«певтамъ, и въ этомъ сбродѣ онъ съумѣлъ отъискать такія средства, «которыя обогатили хирургическое искусство и по-нынѣ служатъ на «благо страждущему человѣчеству... Съ того времени и по-нынѣ почки, «желчный пузырь, желудочно-кишечный каналъ, легкія и даже головной «мозгъ, постепенно входили въ область хирургической дѣятельности».

«Если оглянуться назадъ на пройденный нами путь по этой отрасли «человѣческихъ знаній, то легко замѣтить, что со времени Гёнтера «пріобрѣтены два важныхъ открытія: хлороформъ, который дѣлаетъ «операціи безболѣзненными, и антисептика, дѣлающая операціи безо-«пасными. Не смотря на громадные успѣхи хирургіи послѣдняго вре-«мени, нельзя не замѣтить, что мысли и указанія Гёнтера прогляды-«ваютъ повсюду. Но при созерцаніи величія этого генія, мы не должны «забывать и заслуги тѣхъ талантовъ, которые живутъ среди насъ [1])».

О значеніи патологіи для хирурга.

Приводя общія мысли Лукаса, высказанныя имъ весьма недавно въ Обществѣ англійскихъ хирурговъ, я имѣлъ въ виду представить читателю одну изъ отличительныхъ чертъ этого современнаго хирурга Guy's hospital. Дѣйствительно, ученики этой школы по-нынѣ сохраняютъ въ себѣ традиціи своихъ первыхъ учителей—Джона Гѳнтера и Эстлея Купера; именно: усовершенствовать хирургію, какъ науку, слѣдуетъ путемъ анатомическихъ и патологическихъ изысканій; техническія же усовершенствованія въ оперативномъ искусствѣ создаются сами по себѣ, какъ прямое слѣдствіе прогресса хирургической патоло-

---

[1]) l. c., стр. 339.

гіи. На сколько эти традиціи дороги Guy's hospital — можно отчасти судить по слѣдующему факту: Общество врачей (The Physicians and Surgeons of Guy's hospital) объявило конкурсъ на трехлѣтнюю премію Эстлея Купера въ 3,000 руб. за лучшее самостоятельное сочиненіе о причинахъ, анатоміи и леченіи бугорчатыхъ страданій костей съ приложеніемъ собственныхъ препаратовъ. Сочиненія, написанныя по англійски, должны быть высылаемы подъ девизами не позже перваго января 1889 г. по адрессу названнаго Общества.

Вообще же хирургическія работы, обнародованныя Guy's hospital, касаются преимущественно вопросовъ хирургической анатоміи и патологіи. Такъ, напр., въ Отчетѣ Guy's hospital за 1886 г. мы находимъ три работы по хирургіи мозга: двѣ, д-ра Уайта [1])—объ измѣненіи черепныхъ костей при новообразованіяхъ въ мозгу, и одну д-ра Джэкобсона [2])—о кровотеченіи изъ средней артеріи мозговой оболочки, всѣ эти работы носятъ на себѣ вышеуказанный отпечатокъ, хотя описанныя въ этихъ трудахъ наблюденія собраны либо у постели больнаго, либо на секціонномъ столѣ.

О мозговыхъ опухоляхъ, по изслѣдованіямъ д-ра Уайта.

Д-ръ Уайтъ, изслѣдовавъ множество костей черепа при мозговыхъ опухоляхъ, замѣтилъ, что та часть кости, которая прилегаетъ непосредственно къ новообразованію, обыкновенно представляется атрофированною, истонченною; въ иныхъ случаяхъ кость черепа представляется не толще картона. Твердая же мозговая оболочка, напротивъ, утолщается; это послѣднее явленіе авторъ приписываетъ воспалительнымъ процессамъ. Такое отношеніе костнаго покрова къ перепончатому покрову головнаго мозга имѣетъ важное значеніе для тѣхъ хирурговъ, которые употребляютъ прямой трепанъ вмѣсто коническаго; при такихъ условіяхъ оператору весьма легко прободать всю толщу черепа и повредить воспаленную твердую оболочку мозга. Коническій трепанъ можетъ предохранить оператора отъ послѣдней случайности, такъ какъ этотъ инструментъ, по выпиливаніи диска въ кости, не можетъ проникнуть въ глубь черепной полости, если только не произошелъ переломъ черепа.

---

[1]) Hale White, *The condition of the bones of the scull and the dura mater in cases of tumor of the brain* (см. Guy's hospital Reports, т. XLIII, 1886). Онъ-же, *One hundred cases of cerebral tumour with reference to cause, operative treatment, mode of death and general symptoms* (тамъ-же).

[2]) W. H. A. Jacobson, *Middle meningeal haemorrhage* (тамъ-же).

Далѣе д-ръ Уайтъ систематизируетъ 100 случаевъ мозговыхъ опухолей съ цѣлью показать умѣстность оперативнаго вмѣшательства при подобныхъ страданіяхъ; онъ раздѣляетъ собранный имъ клиническій матеріалъ на двѣ главныя группы: 1) случаи, при которыхъ оперативная помощь оказывалась полезною и 2) случаи, гдѣ всякое хирургическое вмѣшательство было безполезно или даже безусловно вредно.

О показаніяхъ къ оперативному вмѣшательству.

Относительно характера новообразованій, авторъ приводитъ слѣдующія формы: 45 разъ были *туберкулы* въ мозгу, изъ нихъ только въ 7 случаяхъ можно было достигнуть ножомъ до новообразованія; 24 раза—*гліомы* въ мозгу, изъ которыхъ только 6 были вообще доступны оперативной помощи; 10 случаевъ—*саркомы*, изъ нихъ въ одномъ случаѣ опухоль могла быть выскоблена и удалена; 5 случавъ *карциноматозныхъ опухолей* въ мозгу, одновременно съ пораженіемъ другихъ центральныхъ органовъ; 5 случаевъ *гуммозныхъ новообразованій*, которыя, по мнѣнію Уайта, также не подлежатъ оперативному леченію, ибо подъ вліяніемъ большихъ дозъ іодистаго кали эти сифилитическіе наросты обыкновенно всасываются; 4 случая *кистообразныхъ опухолей*, изъ которыхъ въ одномъ случаѣ можно было вырѣзать весь мѣшокъ (кисту); 3 случая опухолей сомнительнаго характера, которыя въ двухъ случаяхъ могли быть оперируемы.

Отсюда д-ръ Уайтъ заключаетъ, что *изъ 100 случаевъ мозговыхъ новообразованій только въ 10 случаяхъ оперативная помощь была вполнѣ умѣстна и въ 4 случаяхъ — возможна.* Слѣдовательно, въ 10% хирургическое вмѣшательство можетъ оказать пользу такимъ больнымъ, если только съ точностью опредѣлить характеръ и положеніе новообразованія въ мозгу.

Вообще говоря, д-ръ Уайтъ стремится неопровержимыми фактами въ рукахъ умѣрить пылъ современныхъ операторовъ и удержать ихъ отъ увлеченій въ области мозговой хирургіи. Такъ, касаясь вопроса объ оперативномъ удаленіи туберкулезныхъ новообразованій мозга, онъ говоритъ: «три условія не должны быть упущены изъ виду при рѣшеніи вопроса—оперировать или нѣтъ? Во-первыхъ, новообразованіе «можетъ занимать жизненный пунктъ (vital-part); во-вторыхъ, новообразованіе можетъ представляться почти или вовсе недоступнымъ, «если оно сидитъ на основаніи мозга, и въ третьихъ, во всѣхъ случаяхъ туберкулезнаго страданія мозга всегда находится еще другой «органъ, пораженный тѣмъ же новообразованіемъ».

Всѣ эти указанія Уайта, несомнѣнно, имѣютъ свое значеніе и

должны служить противувѣсомъ многимъ новаторамъ хирургіи; но, съ другой стороны, безпристрастному читателю нетрудно замѣтить, что почтенный авторъ не вполнѣ исчерпалъ интересъ этого вопроса. Я хочу сказать, что въ приведенномъ Уайтомъ перечнѣ опухолей мозга мы не находимъ много формъ вполнѣ доброкачественныхъ, какъ: фибромы, гранулемы, невромы и другія подобныя новообразованія, которыя однимъ лишь своимъ присутствіемъ въ такой замкнутой области, какъ черепная, могутъ вызвать столь бурныя явленія со стороны мозга, что врачу ничего другаго не остается, какъ прибѣгнуть къ хирургическому ножу, какъ къ ultimum refugium. Правда, хирургическая діагностика этихъ новообразованій далеко еще не разработана: во многихъ случаяхъ оператору приходится ощупью отъискивать мѣстоположеніе опухоли; но, тѣмъ не менѣе, въ англійскую литературу уже внесено нѣсколько весьма успѣшныхъ исходовъ удаленія подобныхъ новообразованій. Подобные случаи читатель встрѣтитъ въ моихъ наблюденіяхъ изъ шотландскихъ клиникъ проф. Чійна и Мэкъ-Юэна.

Изслѣдованія д-ра Джэкобсона о кровотеченіи изъ артерій твердой мозговой оболочки.

Третья работа изъ Guy's hospital, сдѣланная д-ромъ Джэкобсономъ, касается вопроса—о терапіи кровотеченій изъ средней артеріи твердой мозговой оболочки. Авторъ собралъ 70 случаевъ поврежденій названной артеріи послѣ различныхъ травмъ и, разобравъ ихъ съ клинической и анатомо-патологической точки зрѣнія, приходитъ къ заключенію, высказанному и другими наблюдателями, что *трепанація черепа при травматическихъ поврежденіяхъ должна быть предпринята по возможности раньше.*

Джэкобсонъ утверждаетъ, что сила удара, причинившая разрывъ артеріи, бываетъ часто до того незначительна, что на черепѣ образуется только трещина, или даже одна лишь внутренняя пластинка (lamina vitrea) надламывается. И при такихъ незначительныхъ ударахъ авторъ видѣлъ разрывы и ушибы мозговой ткани, которые вообще составляютъ весьма опасное поврежденіе, хотя эти явленія могутъ сопровождаться и безъ потери сознанія. Что же касается до симптомовъ «сдавленія мозга» [1]) (compressio cerebri), то нерѣдко они развиваются постепенно, а проявляются внезапно, послѣ чего наступаетъ смерть. Равнымъ образомъ протекаютъ опухоли въ мозгу, кончающіяся часто смертельно вслѣдствіе внезапнаго прекращенія дыханія. Расширеніе зрачка на сторонѣ кровоизліянія въ мозгу, по мнѣнію Джэкобсона,

¹) См. выше главу IX, стр. 281.

есть важный признакъ: послѣ произведенной трепанаціи такое явленіе, рѣзко выраженное, указываетъ на значительное кровоизліяніе въ полости черепа.—Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ поврежденія головы авторъ предлагаетъ держаться слѣдующихъ правилъ:

1) Закрыть источникъ кровоизліянія, т. е., тампонировать кровоточащее мѣсто, стало быть, трепанировать, по возможности рано;

2) Если же это условіе невыполнимо, то слѣдуетъ больному придать сидячее положеніе и прикладывать ледяные компрессы на голову.

3) Если же цѣль не достигается и при такихъ условіяхъ, то хирургъ долженъ попытаться унять кровотеченіе въ мозгу прижатіемъ общей сонной артеріи пальцемъ.

4) Если кровотеченіе повторяется, не смотря на прижатіе сонной артеріи въ теченіи извѣстнаго времени, то оператору ничего не остается, какъ наложить лигатуру на наружную сонную артерію.

Исходы трепанацій при внутричерепномъ кровотеченіи.

Наконецъ, сопоставивъ исходы внутричерепныхъ кровотеченій при вышеуказанной терапіи, авторъ приходитъ къ заключенію, что только въ 13 случаяхъ изъ 70 хирургическая помощь оказалась успѣшною; поэтому Джэкобсонъ думаетъ, что 18,5% успѣшнаго исхода описываемыхъ имъ поврежденій нельзя считать вполнѣ удовлетворительнымъ результатомъ, хотя, съ другой стороны, онъ лично твердо убѣжденъ въ томъ, что безъ оперативной помощи и эти 13 случаевъ кончились-бы смертельно.

Нѣкоторыя заключенія.

Итакъ, если читатель вспомнитъ указанные мною въ предъидущей главѣ (см. стр. 307) факты относительно травматическихъ поврежденій головы, то онъ согласится въ томъ, что трепанація черепа, какъ профилактическая операція, изо-дня въ день пріобрѣтаетъ все больше и больше сторонниковъ не только среди нѣмецкихъ, но и англійскихъ и русскихъ хирурговъ [1]).

Анатомическій музей Guy's hospital.

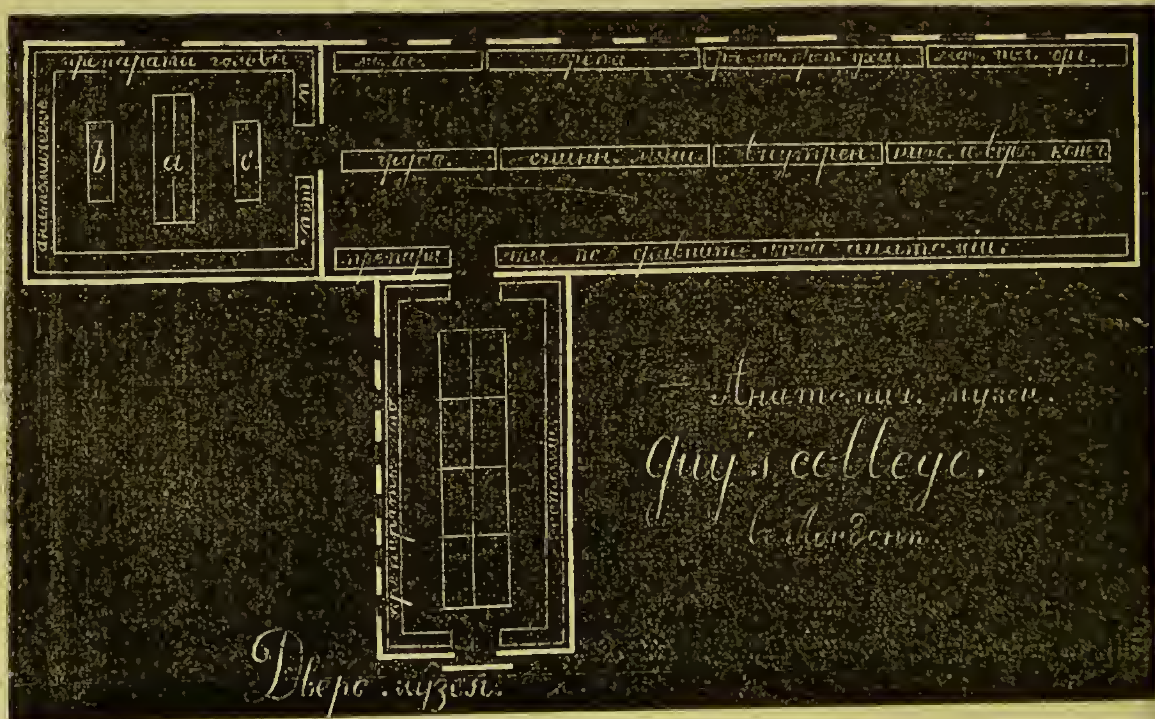
Въ описываемомъ мною Guy's hospital имѣется весьма интересная коллекція числомъ до 2000 анатомическихъ препаратовъ, помѣщающихся въ особенномъ зданіи больницы—*Anatomical museum*. Искусственные восковые препараты, приготовленные знаменитымъ художникомъ Тоуномъ (Towne) подъ непосредственнымъ наблюденіемъ д-ра Гайльтона (Hilton), поражаютъ своимъ сходствомъ съ натурою. Нѣкоторые препараты головы, изображающіе развѣтвленія тройничнаго и лицеваго нервовъ, представлены до того вѣрно съ дѣйствительностью, что я при-

[1]) См. «Хирургическій Вѣстникъ», 1887—1888.

нялъ ихъ за части трупа и удивлялся только способу сохраненія живыхъ тканей въ свободномъ атмосферномъ воздухѣ. Эти модели сдѣланы изъ матоваго воска и цвѣта красокъ мышцъ, костей и сосудовъ подобраны чрезвычайно искуссно. Каждый препаратъ отдѣланъ съ такою тщательностью и каждая область представлена въ столь разнообразныхъ положеніяхъ, что разсматривающему эти модели дѣйствительно дана возможность возобновить въ своей памяти все то, что онъ видѣлъ на анатомическомъ секціонномъ столѣ. Кромѣ того, эти модели расположены въ витринахъ такъ удобно, что наблюдатель имѣетъ свободный доступъ къ каждой сторонѣ препарата. Во время экзаменовъ студенты колледжа проводятъ цѣлые дни въ этомъ анатомическомъ музеѣ, двери котораго открыты для каждаго учащагося во всякое время.

Въ особенности демонстративны препараты человѣческаго мозга, представленнаго на различныхъ распилахъ и въ различныхъ стадіяхъ развитія этого органа (см. рис. 47, a, b, c). Равнымъ образомъ заслуживаетъ вниманія коллекція препаратовъ слуховаго аппарата. Препараты разставлены въ систематическомъ порядкѣ, какъ это отчасти видно на приложенномъ здѣсь рисункѣ 47, и снабжены надписями, указывающими назначеніе препарата.

Рис. 47.



Анатомическій музей Guy's College въ Лондонѣ.

Основателемъ этого анатомическаго музея Guy's hospital былъ Эстлей Куперъ, оставившій здѣсь много памятниковъ своего усердія и любви къ анатомическимъ занятіямъ. Въ кабинетѣ музея по сравнительной анатоміи я видѣлъ нѣсколько препаратовъ Беля и Морганя. Наконецъ, въ анатомо-патологическомъ музеѣ, вмѣщающемъ до 5000 различныхъ препаратовъ, можно видѣть препараты, сдѣланные Э. Куперомъ, Аддисономъ, Брайтомъ и друг. — Всѣ эти памятники свидѣтельствуютъ о значеніи анатоміи въ медицинѣ въ первой четверти нынѣшняго столѣтія и напоминаютъ современному поколѣнію врачей о тѣхъ заслугахъ ихъ учителей, которыя доставили имъ неувядаемые лавры.

Труды представителей хирургіи этой школы.

Въ заключеніе описанія Guy's hospital, я полагаю, что читателю представится небезинтереснымъ краткое ознакомленіе съ біо- и библіографическими свѣдѣніями главныхъ представителей этой школы хирурговъ.

I. Дюргэмъ (*Arthur Edward*) воспитывался въ Лондонскомъ университетѣ, гдѣ въ 1854 г. кончилъ курсъ медицинскихъ наукъ; съ 1858 г. онъ состоитъ преподавателемъ колледжа при Guy's hospital; званіе члена «Королевской Коллегіи Хирурговъ» (F. R. C. S.) получилъ въ 1860 г. Въ началѣ своей службы при названномъ госпиталѣ д-ръ Дюргэмъ занимался преимущественно физіологіею и гистологіею, а затѣмъ перешелъ на кафедру практической хирургіи. Поэтому его первыя литературныя работы касаются вопросовъ по физіологіи или анатоміи, позднѣйшія же изслѣдованія суть чисто клиническія наблюденія по хирургіи; таковыя суть:

1) «*The Physiology of sleep*» (физіологія сна).

2) «*Mobility and displacement of the kidneys*» (О подвижности и смѣщаемости почекъ).

3) «*Hermaphroditism*» [1]).

4) «*Diseases of the larynx and the laryngoscope*» [2]).

5) «*On the dangers and difficulties of tracheotomy*» [Объ опасностяхъ и трудностяхъ, встрѣчающихся при горлосѣченіи [3])].

6) «*On a case of abdominal aneurysm cured by compression of the aorta*» [Случай аневризмы брюшной аорты, излеченный давленіемъ [4])].

---

[1]) Всѣ три работы были помѣщены въ «Guy's hospital Reports за 1860 г.

[2]) Holmes «*System of Surgery*», 2-е изданіе.

[3]) «Practitioner», 1869.

[4]) Transact. Royal Med. Chir. Soc. 1872.

7) «*Internal urethrotomy by new urethrotome*» [О внутренней уретротоміи при помощи новаго уретротома [1])].

II. Брайнтъ (*Thomas*) окончилъ курсъ медицинскихъ наукъ въ колледжѣ при Guy's hospital въ 1849 г.; званіе члена «Королевской Коллегіи Хирурговъ» (F. R. C. S.) получилъ въ 1853 г.; въ колледжѣ онъ состоитъ въ должности преподавателя и клинициста по хирургіи, а въ названной Коллегіи проф. Брайнтъ состоитъ членомъ экзаменаціонной коммиссіи. Изъ ученыхъ трудовъ его мы можемъ указать на слѣдующіе:

1) «*On practice of surgery*» (Практическое руководство по хирургіи),—четвертое изданіе вышло въ 1884 г.

2) «*Clinical Surgery*» (Клиническая хирургія)—сборникъ, выходящій отдѣльными частями; до 1887 г. ихъ вышло 7 выпусковъ.

3) «*The diseases and injuries of the joints. Clinical and pathological observations*» (О болѣзняхъ и поврежденіяхъ сочлененій въ клиническомъ и анатомо-патологическомъ отношеніяхъ).

4) «*On the torsion of arteries with experiments*» [О скручиваніи артерій—экспериментальное изслѣдованіе [2])].

5) «*On hernia with analysis of 126 fatal cases*» [О грыжахъ и разборъ 126 смертельныхъ случаевъ [3])].

6) «*Diseases of the tongue*» [Болѣзни языка [4])];

и много другихъ мелкихъ работъ, помѣщенныхъ въ различныхъ англійскихъ медицинскихъ журналахъ. Вообще говоря, въ трудахъ проф. Брайнта проглядываетъ обширная клиническая опытность и читатель въ нихъ найдетъ не мало полезныхъ практическихъ указаній, но въ нихъ замѣчается вообще отсутствіе современной научной эрудиціи.

III. Гоузъ (*Greenway*)—также воспитанникъ колледжа Guy's hospital, откуда вышелъ врачемъ въ 1865 г.; членомъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» (F. R. C. S.) состоитъ съ 1868 г. Съ того же времени д-ръ Гоузъ принялъ должность хирурга при Guy's hospital и лектора по прикладной анатоміи. Литературные труды его преимущественно касаются вопросовъ по оперативной техникѣ, каковы:

---

[1]) Brit. Med. Journal. 1878.
[2]) Transact. Med. Chir. Soc. т. LI.
[3]) Guy's hospital Reports, 1882.
[4]) Ibidem.

1) «*On the operation of tracheotomy in childhood*» [Объ операціи горлосѣченія въ дѣтскомъ возрастѣ [1])].

2) «*On the cure of varicose veins by excision*» [О вырѣзываніи варикозныхъ венъ [2])].

3) «*Certain points relative to the treatment of necrosis*» [Нѣкоторыя указанія относительно леченія при некрозахъ [3])].

4) «*On a specimen of erectile tumour of the foot*» [Объ особенной формѣ эректильной опухоли на стопѣ [4])].

Литературные источники.

1) Oppert. *Hospitals, Infirmaries and Dispensaries.* London 1883.

2) Frederick Taylor. *Guy's hospital Reports for 1883—84* т. XLII.

3) *Guy's hospital Medical School.* 1884—85.

4) Clement Lucas. *The Hunterian oration on the life—work of John Hunter and his influence on surgery* («Lancet», 1888, 18/п).

5) Hale White. *The condition of the bones of the skull and the dura mater in cases of tumor of the brain* (Guy's hospital Reports, т. XLIII, 1886).

6) Онъ-же. *On hundred cases of cerebral tumour with reference to cause, operative treatment, mode of death and general symptoms* (Тамъ-же).

7) W. H. Jacobson. *Middle meningeal haemorrhage* (Тамъ-же).

---

[1]) Guy's hospital Reports, 1875.

[2]) Тамъ-же, за 1877.

[3]) British Med. Journ. 1874.

[4]) Guy's hospital Reports, 1869.

ГЛАВА XI.

London University College; Faculty of Medicine. — Средневѣковой взглядъ англичанъ на университетское образованіе. — Основаніе Лондонскаго университета; составъ, права и преимущества этого учрежденія.— Внутреннее устройство University College hospital въ Лондонѣ. — Планъ хирургическаго отдѣленія.—Порядки и управленіе въ университетскихъ клиникахъ.—Роль главнаго врача всего госпиталя.—Медицинскій факультетъ.—Объ ученыхъ степеняхъ медицинскаго факультета. — Инструкціи послѣдняго относительно экзаменовъ на ученыя степени.—Порядокъ преподаванія анатоміи въ университетскомъ колледжѣ.—Отдѣльныя отрасли хирургіи, какъ спеціальные предметы медицинскаго образованія. — Порядки хирургической клиники, несогласные съ требованіями антисептики.— *Herniotomia in regione umbilicali,* произведенная проф. Бэкомъ.—Характеристика оперативной техники проф. Бэка.—*Nephrotomia* и *Herniotomia inguinalis* у женщины съ радикальнымъ замыканіемъ грыжевыхъ воротъ, какъ примѣры оперативной техники д-ра Бэркера. — Отчетность хирургическихъ клиникъ —Таблица хирургическихъ болѣзней въ клиникахъ University College за 1883.—Различные типы травматической лихорадки, по Горслею.—Асептическая лихорадка, по Фолькману. — Опыты Гравица и Шейэрлена съ кадавериномъ.—Библіографическія и біографическія свѣдѣнія о представителяхъ этой школы хирургіи: проф. Гилля и проф. Гисза; разборъ сочиненія послѣдняго: «*A course of Operative Surgery*».—Перечень научныхъ трудовъ профессоровъ М. Бэка и Горслея.—Литературные источники.

Средневѣковой взглядъ англичанъ на университетское образованіе.

Въ первой главѣ предлежащей книги я, между прочимъ, представилъ особенности университетскаго образованія въ Англіи и указалъ на то, что знаменитыхъ два англійскихъ университета—Кэмбриджскій и Оксфордскій—служатъ высшими образовательными школами только для ограниченнаго числа знатной молодежи, имѣющей возможность посвятить себя «чистой» наукѣ или видѣть въ университетскомъ образованіи только источникъ отвлеченныхъ познаній, а не школу для практическаго изученія ежедневныхъ нуждъ государственной жизни.

Такой средневѣковой взглядъ на университетское образованіе давно уже сознается, даже строгими консерваторами Англіи, отсталымъ и несогласнымъ съ требованіями современной жизни. Политическая партія, извѣстная подъ именемъ «виговъ», еще въ первой четверти текущаго столѣтія требовала, чтобы университетское образованіе сдѣлалось общедоступнымъ, чтобы университетъ, какъ храмъ науки, разверзъ-бы свои двери всѣмъ молодымъ людямъ, желающимъ посвящать свои силы и практическую дѣятельность нуждамъ государства и общества.

Основаніе Лондонскаго университета; составъ, права и преимущества этого учрежденія.

Только въ 1826 г., благодаря стараніямъ виговъ, въ Лондонѣ открытъ былъ на акціяхъ первый университетъ съ тремя факультетами: философскій (faculty of science), юридическій (faculty of laws) и медицинскій (faculty of medicine). Этому высшему учебному учрежденію, названному *London University*, предоставлено право выдавать дипломы на всѣ ученыя степени Великобританіи. Университетъ управляется своимъ совѣтомъ (senate), состоящимъ изъ 36 выборныхъ лицъ (fellows), одного канцлера (chancellor) и одного вице-канцлера (vice-chancellor). Кромѣ членовъ университетскаго сената, правительство имѣетъ право назначать, по своему усмотрѣнію, и другихъ лицъ въ экзаменаціонную коммиссію (Examining body).

Получить ученую степень Лондонскаго университета могутъ не только воспитанники этого учрежденія, но и кандидаты другихъ колледжей, представившіе свидѣтельства въ прохожденіи полнаго курса наукъ по извѣстной спеціальности. Поэтому на медицинскомъ факультетѣ Лондонскаго университета, матеріальныя средства котораго въ нѣкоторомъ отношеніи много скуднѣе, нежели въ медицинскихъ колледжахъ, число студентовъ обыкновенно невелико.—Что-же касается внутренняго устройства клиникъ, то послѣднія не удовлетворяютъ самымъ скромнымъ требованіямъ современной медицины. При частомъ посѣщеніи хирургическихъ клиникъ University College hospital, я имѣлъ возможность убѣдиться въ томъ, что одно громкое званіе этого учрежденія не служитъ притягательною силою ни для учащейся молодежи, ни для болѣющаго люда, т. е., въ этомъ врачебно-образовательномъ учрежденіи нѣтъ обилія ни учениковъ, ни клиническаго матеріала.

Внутреннее устройство University College hospital.

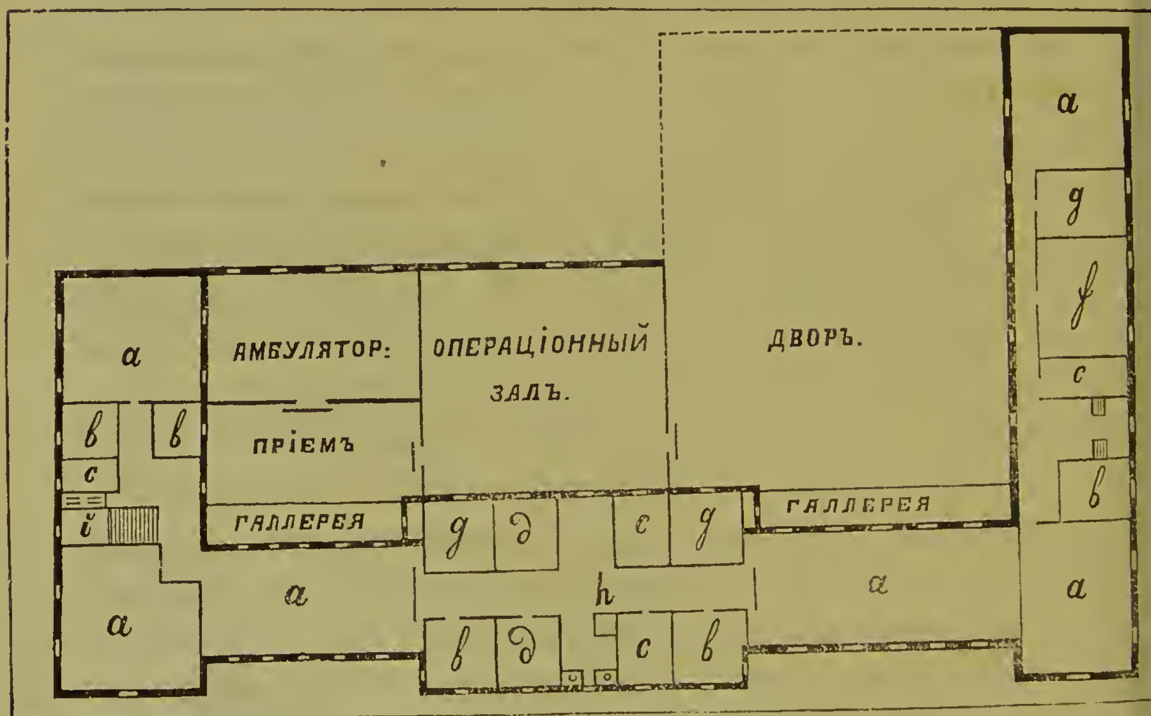
University College hospital, построенный въ 1833 г., расположенъ на Gower Street, насупротивъ университетскаго зданія; всего онъ имѣетъ 200 коекъ. Число стаціонарныхъ больныхъ доходитъ до 2849, а приходящихъ до 24187 въ годъ (по отчету за 1884 г.). Зданіе госпиталя состоитъ, кромѣ подвальнаго этажа, изъ четырехъ низкихъ

этажей. Палаты, расположенныя по сторонамъ длинныхъ, узкихъ и мрачныхъ корридоровъ, носятъ на себѣ печать самой бѣдной больницы: стѣны—низки, окна—малы, а главный корридоръ, связывающій различныя отдѣленія между собою, освѣщается конькомъ вверху потолка.

План хирургическаго отдѣленія.

Въ первомъ этажѣ расположено хирургическое отдѣленіе, состоящее изъ нѣсколькихъ большихъ палатъ, имѣющихъ 60 футовъ въ длину, 26 футовъ въ ширину и 16 ф. въ вышину. Въ каждой палатѣ помѣщаются 14 коекъ, такъ что на каждаго хирургическаго больнаго приходится до 2000 куб. футовъ пространства. Стѣны въ этихъ палатахъ покрыты цементомъ, нижняя часть стѣнъ выкрашена въ свѣтло-бурый цвѣтъ, а верхняя часть—въ свѣтло-голубой; на окна повѣшены темно-зеленыя занавѣси; все это вмѣстѣ придаетъ больничной палатѣ видъ мрачнаго, казарменнаго дортуара. Особенныхъ вентиляціонныхъ приспособленій въ палатахъ нѣтъ, кромѣ четырехугольныхъ люковъ, пробитыхъ въ наружной стѣнѣ подъ самый потолокъ. Въ этой больницѣ имѣется много сепараціонныхъ палатъ для заразительныхъ больныхъ или тяжело оперированныхъ; эти комнаты, сравнительно очень малыя (въ одно окно), предназначены для двухъ коекъ. Прилагаемый при

Рис. 48.



Планъ хирургическаго отдѣленія University College hospital въ Лондонѣ. *a, a, a, a* — хирургическія общія палаты; *b, b, b* — сепараціонныя палаты; *c, c, c, c*—комнаты для дежурной сестры; *d, d*—комнаты для дежурнаго врача; *f* — палата для хирургическихъ глазныхъ больныхъ; *g, g, g* — лѣстницы въ верхній этажъ; *h*—подъемная машина; *i*—уборная комната.

семъ рис. 48 показываетъ топографическое расположеніе палатъ хирургическаго отдѣленія, помѣщающагося въ первомъ этажѣ зданія University College hospital.

Въ 1875 г. въ названномъ госпиталѣ устроено особенное гидротерапевтическое отдѣленіе, въ которомъ имѣются приспособленія для сѣрныхъ, іодистыхъ ваннъ, для меркуріальнаго окуриванія, и вообще для леченія паровыми ваннами. Вблизи этого отдѣленія находится обеззараживающая камера.

Уходъ за больными предоставленъ общинѣ сестеръ милосердія протестантскаго прихода «All Saints' Home»; сестры живутъ въ частныхъ домахъ, смежныхъ со зданіемъ больницы; сидѣлки же раздѣлены на двѣ группы: денныя — обязаны находиться въ палатахъ съ 6 часовъ утра (зимою съ 7 часовъ) до 9 часовъ вечера; только съ разрѣшенія старшей сестры данная сидѣлка можетъ днемъ получить одинъ часъ отдыха; ночныя сидѣлки обязаны находиться въ больницѣ лѣтомъ съ 9 часовъ вечера (зимою съ 8 часовъ) до 11 часовъ слѣдующаго дня.

Порядки и управленіе въ университетскихъ клиникахъ.

Пріемъ больныхъ въ клинику установленъ болѣе свободный, чѣмъ въ другихъ городскихъ больницахъ; но опредѣленіе больнаго на постоянную койку предоставляется усмотрѣнію врачей, принимающихъ во вниманіе клиническій интересъ каждаго даннаго случая. Кромѣ того, на вакаціонное время число коечныхъ больныхъ значительно уменьшается съ экономическою цѣлью.

Администрація хозяйственной части University College hospital предоставлена особенному комитету, состоящему изъ 14 членовъ, выборныхъ изъ среды частныхъ попечителей (governors), изъ 7 лицъ — представителей университетскаго колледжа и трехъ делегатовъ со стороны правительства; этотъ комитетъ собирается для совѣщанія каждыя двѣ недѣли и завѣдуетъ финансовыми дѣлами госпиталя; непосредственное же управленіе хозяйственною частью находится въ рукахъ казначея (treasurer), назначеннаго комитетомъ. Кромѣ послѣдняго, здѣсь, какъ и въ другихъ больницахъ Лондона, функціонируетъ еще медицинскій совѣтъ (Medical Council), составленный изъ врачей госпиталя, членовъ медицинскаго факультета и преподавателей колледжа; вѣдѣнію этого совѣта подлежатъ всѣ дѣла, касающіяся собственно медицинской части госпиталя и врачебнаго образованія учащихся; онъ выбираетъ изъ среды своей одного члена въ роли главнаго врача больницы (the chief medical officer), который, въ отсутствіи завѣдующаго того или другаго отдѣленія (resident-surgeon or resident-physician), обязанъ заботиться о

Роль главнаго врача госпиталя.

нуждахъ больныхъ; этотъ главный врачъ ежедневно, въ 9 часовъ утра, обходитъ всѣ палаты клиникъ, наблюдаетъ за амбулаторнымъ пріемомъ приходящихъ больныхъ и на его обязанностяхъ лежитъ составленіе ежегоднаго отчета о дѣятельности University College hospital. Главный врачъ не можетъ оставлять зданіе больницы безъ того, чтобы кто-либо изъ врачей временно не замѣстилъ его; ассистенты клиникъ обязаны доносить главному врачу обо всемъ происходящемъ у нихъ въ отдѣленіяхъ.—И такъ, главный врачъ въ университетскомъ госпиталѣ есть только прямой помощникъ директора клиники.

Только при такомъ распредѣленіи административной власти госпиталя возможно создать гармонію между хозяйственною и врачебною сторонами больницы. Я хочу этимъ сказать, что изъ всѣхъ осмотрѣнныхъ мною больницъ Лондона *только въ University College hospital врачъ является полнымъ хозяиномъ своего дѣла* и интересы больныхъ не идутъ въ разрѣзъ съ учебно-образовательными нуждами медицинской школы.

Медицинскій факультетъ.

Штатъ преподавателей медицинскаго факультета Лондонскаго университета вообще очень великъ: онъ превосходитъ составъ преподавателей германскихъ или русскихъ медицинскихъ факультетовъ. Во главѣ факультета стоятъ выборные члены: деканъ—проф. Пууръ (Poore), вице-деканъ — проф. Маркусъ Бэкъ (Marcus Beck) (хирургъ) и субъ-деканъ—проф. Сзэнъ (Thane) (анатомъ). По кафедрамъ основныхъ предметовъ имѣются профессора и профессоръ-ассистенты (assistant-professor); послѣднее званіе соотвѣтствуетъ нашему званію экстраординарнаго профессора; кромѣ того, въ штатъ преподавателей входятъ еще лекторы (lecturers) демонстраторы, лаборанты и помощники въ роли нашихъ ассистентовъ. Такъ, напр., по кафедрѣ химіи въ University College поставлены: профессоръ А. Уильямсонъ (Williamson), профессора-ассистенты: Форстеръ-Морлей (Forster-Morley), Плаймтонъ (Plimpton); ассистенты: Грэвсъ (Graves) и Райдиль (Rideal) и лекторъ Поттеръ (Potter). По кафедрѣ патологической анатоміи читаютъ: профессоръ Шарлтонъ Бастіанъ (Sharlton Bastian) и профессоръ-ассистентъ Горслей (Horsley) [1]. По клинической хирургіи—три ординарныхъ профессора, именно; Берклей-Гилль (Berkeley-Hill), Христоферъ-Гисзъ (Christopher-Heath) и Маркусъ

[1]) Ученые труды котораго отчасти мною были указаны въ главѣ IX въ отдѣлѣ «Хирургія мозга» (см. выше, стр. 327).

Бэкъ (Marcus Beck); кромѣ того, экстра-ордин. проф. Годли (Godlee) читаетъ спеціальный курсъ по оперативной хирургіи и топографической анатоміи.

Объ ученыхъ степеняхъ. медицинскаго факультета.

Число преподаваемыхъ на медицинскомъ факультетѣ предметовъ равняется почти числу предметовъ, указанныхъ въ уставѣ русскихъ университетовъ; однакоже, полный курсъ медицинскихъ наукъ проходится въ теченіи 8 семестровъ или 4 гражданскихъ лѣтъ. Желающій получить первую ученую степень врачебнаго сословія—кандидата на медика или хирурга (licence-candidate of physician or surgeon), обязанъ представить свидѣтельство въ томъ, что онъ 45 мѣсяцевъ провелъ въ какомъ-нибудь медицинскомъ колледжѣ. Выше я уже указалъ программы требованій при экзаменахъ на различныя ученыя званія; здѣсь еще прибавлю, что экзаменующійся вноситъ опредѣленную плату за каждый экзаменъ. Чтобы познакомить читателя со строгостью экзаменовъ и тѣми денежными затратами, съ которыми связано всякое добываніе какой бы ни было ученой степени Лондонскаго университета, я позволю себѣ позаимствовать изъ инструкцій послѣдняго слѣдующія свѣдѣнія [1]).

Инструкціи University College.

«Студентъ, добивающійся ученой степени по медицинѣ или хирургіи «въ Лондонскомъ университетѣ, обязанъ сдать слѣдующіе экзамены»:

1) *Вступительный экзаменъ* (the matriculation examination) производится въ іюнѣ и январѣ въ философическомъ факультетѣ университета по предметамъ общаго образованія. Къ этому испытанію допускаются молодые люди не моложе 16 лѣтъ. За производство испытанія экзаменующійся вноситъ 2 ф. стерл. (20 руб.).

2) *Предварительный научный экзаменъ* (the preliminary scientific (M. B.) examination); къ нему допускаются кандидаты, сдавшіе вступительный экзаменъ. Испытаніе производится по тремъ предметамъ: а) неорганической химіи; б) опытной физикѣ и в) общей біологіи (элементарной зоологіи и ботаникѣ). За этотъ экзаменъ взимается 5 ф. стерл. (50 руб.), а въ случаѣ неудачнаго исхода экзамена—по 2 ф. 10 ш. (25 руб.) за каждое повторное испытаніе.

3) *Полулекарскій экзаменъ* (the intermediate examination in medicine) производится въ іюлѣ мѣсяцѣ; къ нему допускаются молодые люди не моложе 19 лѣтъ отъ роду и представившіе свидѣтельство въ

---

[1]) См. University College London. Faculty of Medicine. Prospectus, 1885—86, стр. 30.

томъ, что они два года пробыли въ какомъ-либо медицинскомъ колледжѣ и два зимнихъ семестра они упражнялись въ анатомическомъ препарированіи, въ химическихъ и фармацевтическихъ анализахъ. На полулекарскомъ экзаменѣ испытаніе производится по анатоміи, физіологіи, гистологіи, фармакологіи съ фармацевтическою химіею, и по органической химіи. За это испытаніе экзаменующійся платитъ 5 ф. стерлинговъ.

4) *Экзаменъ на степень бакалавра медицины или хирургіи* (the examination for Bachelor of Medicine or Surgery); кандидаты на званіе хирурга (B. S.) обязаны представить свидѣтельство о прохожденіи курса по Оперативной хирургіи и, кромѣ того, они подвергаются испытанію по хирургіи и хирургической анатоміи. Съ экзаменующагося взимается плата въ 5 ф. стерл.

5) *Экзаменъ на званіе магистра хирургіи* (M. S.) (the examination for Master in Surgery). Къ этому испытанію допускаются бакалавры хирургіи, которые еще продолжали 2 года учиться въ колледжѣ, или же занимались частною практикою въ продолженіи 5 лѣтъ; кромѣ того, они обязаны представить свидѣтельство о нравственности (a certificate of moral character). Предметы этого экзамена суть: логика, нравственная философія (moral philosophy), хирургія и хирургическая анатомія. Плата за экзаменъ взимается въ размѣрѣ 5 ф. стерл.

Молодые люди, избирающіе своею спеціальностью внутреннюю медицину, добиваются званія доктора медицины (Doctor of Medicine), соотвѣтствующаго званію магистра хирургіи. Испытаніе производится по тѣмъ же предметамъ, только, вмѣсто хирургіи, они экзаменуются по внутренней медицинѣ.

И такъ, контроль за учащимися въ англійскихъ медицинскихъ колледжахъ много строже, нежели за нѣмецкими или русскими студентами медицины. Кромѣ того, высокая плата за каждый экзаменъ (не менѣе 50 руб.) побуждаетъ учащихся не приступать къ экзамену «на авось», т. е., безъ должной подготовки. Наконецъ, незначительное число студентовъ (не болѣе 40—50 человѣкъ) на каждомъ курсѣ даетъ возможность преподавателю не только познакомиться ближе съ познаніями каждаго слушателя, но даже принаравливать свои лекціи къ подготовкѣ и способностямъ даннаго курса. Чтобы убѣдить читателя въ справедливости только-что сказаннаго, я приведу здѣсь вкратцѣ порядокъ преподаванія анатоміи человѣческаго тѣла въ Лондонскомъ университетѣ.

Этотъ предметъ читаетъ проф. Сэнъ (Thane), при немъ находятся два демонстратора и 4 ассистента.

Порядокъ преподаванія анатоміи въ университетскомъ колледжѣ.

Курсъ изученія анатоміи составляютъ:

а) *Лекціи* или систематическое изложеніе о строеніи человѣческаго тѣла вмѣстѣ съ описаніемъ болѣе важныхъ «областей» и съ указаніемъ практическаго значенія послѣднихъ при операціяхъ и въ хирургіи вообще. Эти лекціи читаются ежедневно, кромѣ субботы, отъ 12 до 1 ч. дня.

б) *Демонстраціи.* Эти занятія производятся ежедневно профессоромъ и демонстраторами отдѣльнымъ группамъ студентовъ младшихъ и старшихъ курсовъ.

в) *Экзамены* или устныя испытанія для студентовъ старшихъ курсовъ— по субботамъ отъ 12—1 ч., а для первокурсниковъ—по средамъ отъ 2—3 часовъ; кромѣ того, обязательны письменные отвѣты (written examinations) для студентовъ высшихъ курсовъ—въ послѣднюю субботу, а для студентовъ низшихъ курсовъ—въ послѣднюю среду каждаго мѣсяца.

Наконецъ, въ концѣ зимняго семестра производятся еще особенные экзамены для стипендіатовъ.

г) *Препарованіе.* Препаровачная зала открыта ежедневно отъ 8 ч. у. до 5 ч. в. (по субботамъ—отъ 8—2), гдѣ практическими упражненіями студентовъ руководствуютъ демонстраторы и ассистенты подъ непосредственнымъ наблюденіемъ профессора.

За подобный курсъ анатоміи студентъ вноситъ слѣдующую плату: за *лекціи*—годовой курсъ 8 ф. 8 ш.; безграничный [1]) курсъ—10 ф. 10 ш.; за *лекціи съ препарованіемъ:* годовой курсъ—11 ф. 11 ш., за трехлѣтіе—16 ф. 16 ш., а за каждый послѣдующій годъ по 1 ф. 1 ш.; за *препарованіе съ демонстрированіемъ*—годовой курсъ—6 ф. 6 ш., трехмѣсячный курсъ—4 ф. 4 ш. Короче, прохожденіе курса анатоміи обходится студенту не менѣе 23 ф. 2 ш., т. е., свыше 231 рубля.

Всѣ эти цифровыя данныя я привожу съ цѣлью показать, какъ дорого обходится медицинское образованіе въ Англіи. Вотъ почему число студентовъ въ каждомъ медицинскомъ колледжѣ вообще, а въ Лондонскомъ

---

[1]) *Безграничный*—perpetual course—означаетъ нѣсколько лѣтъ занятій, пока учащійся не оставитъ колледжъ.

университетѣ въ особенности, весьма невелико; въ послѣднемъ числится отъ 150—200 студентовъ-медиковъ. Безспорно, такое незначительное число учащихся въ медицинскихъ лабораторіяхъ и клиникахъ способствуетъ болѣе основательному изученію предметовъ каждымъ студентомъ въ отдѣльности.

Отдѣльныя отрасли хирургіи, какъ спеціальные предметы медицинскаго образованія.

Чтоже касается изученія хирургіи въ частности, то на медицинскомъ факультетѣ Лондонскаго университета этотъ предметъ раздѣленъ на пять самостоятельныхъ отдѣловъ и для каждаго имѣется особенный преподаватель. Отдѣлы эти суть:

1) *Основы и практика хирургіи* (the principles and practice of surgery). Эту кафедру занимаетъ проф. Бэкъ (Marcus Beck), который въ теченіи двухъ семестровъ читаетъ курсъ общей хирургіи, частной хирургіи и хирургическихъ операцій (the operations of surgery).

2) *Десмургія и механургія* (the use of surgical apparatus etc.) предоставлена проф. Гиллю (Berkeley Hill), который въ теченіи зимняго семестра читаетъ курсъ лекцій о переломахъ и вывихахъ съ практическимъ демонстрированіемъ способа леченія этихъ болѣзней. При этой кафедрѣ числятся еще два демонстратора, которые упражняютъ студентовъ въ наложеніи повязокъ и въ примѣненіи различныхъ хирургическихъ снарядовъ.

3) *Оперативная хирургія* (operative surgery); эта кафедра имѣетъ двухъ преподавателей: профессора Гисза (Christopher Heath) и ассистента-профессора Годли (R. Godlee), которые въ теченіи зимняго семестра читаютъ лекціи объ операціяхъ на трупахъ и подъ ихъ руководствомъ каждый студентъ производитъ всѣ типическія операціи.

4) *Хирургическую анатомію* (surgical preparations) читаетъ д-ръ Бэркеръ (Barker), который раздѣляетъ курсъ слушателей на отдѣльныя группы и каждой группѣ онъ демонстрируетъ въ анатомическомъ музеѣ различные препараты, значеніе которыхъ имѣетъ непосредственное приложеніе въ хирургической патологіи или терапіи. Кромѣ того, преподаваніе этого же предмета производится и на свѣжихъ анатомическихъ препаратахъ; каждая группа обязана сдать не менѣе шести препаратовъ.

5) *Хирургическая клиника* (clinical surgery); эта кафедра распредѣлена между профессорами: Гиллемъ, Гисзомъ и Бэкомъ; кромѣ того, ассистенты-хирурги, какъ Годли, Бэркеръ и друг., читаютъ еще частные курсы по діагностикѣ и общей хирургической терапіи.

Порядки хирургической клиники несогласны съ требованіями антисептики.

Во время моего посѣщенія University College hospital въ 1885 г., я познакомился съ оперативною и клиническою дѣятельностью двухъ хирурговъ — профессора Бэка и д-ра Бэркера; неоднократно я сопровождалъ ихъ при обходѣ палатъ и присматривался къ способу примѣненія правилъ противугнилостной хирургіи. Какъ я уже выше, мимоходомъ, сказалъ, внутреннее устройство хирургическихъ палатъ оставляетъ желать многаго: низкія комнаты, мрачныя стѣны, почти убогая обстановка въ сравненіи съ другими больницами Лондона никакъ не гармонируютъ съ громкимъ званіемъ «University hospital». — Хирургическая аудиторія или операціонный залъ представляетъ собою весьма низкій амфитеатръ, освѣщаемый сверху, и находится въ сосѣдствѣ съ амбуляторною комнатою для приходящихъ больныхъ (см. рис. 48). Мнѣ приходилось видѣть, какъ больные съ гноящимися ранами (напр., ногтоѣда), осложненными рожей или флегмоной, вводились прямо съ амбулянса въ операціонный залъ. Одно уже это обстоятельство не говоритъ въ пользу систематическаго примѣненія антисептики. (Срав. порядки хирургическаго отдѣленія Листера въ King's College hospital — см. глава II, стр. 65).

Во время производства операцій необширная аудиторія переполняется зрителями; вслѣдствіе этого на долю оператора выпадаетъ весьма ограниченное количество свѣта и воздуха, что, въ свою очередь, не можетъ не отзываться дурно на ходъ операціи.

Для примѣра я и здѣсь опишу нѣсколько наблюденій, вынесенныхъ мною изъ операціоннаго зала University College hospital; по нимъ, я полагаю, читатель можетъ получить болѣе ясное представленіе о характерѣ, способностяхъ и взглядахъ хирурговъ описываемой школы.

Herniotomia in regione umbilicali, по Бэку.

Наблюденіе XXXVIII. **Herniotomia in regione umbilicali**, произведенная проф. Бэкомъ (8/VII, 1885). Показаніемъ къ операціи служила ущемленная пупочная грыжа у женщины среднихъ лѣтъ; грыжевая опухоль, величиною въ яблоко, выступала въ области пупка, покровы на ней представлялись багровыми. Лекторъ вкратцѣ передалъ слушателямъ, что всѣ обыкновенныя мѣры вправленія (taxis) грыжи не привели къ цѣли; а такъ какъ современная хирургія даетъ возможность вскрывать брюшную полость съ наименьшимъ рискомъ, то онъ придерживается правила — *дѣлать грыжесѣченіе по возможности раньше.*

Техника: Подъ облакомъ карболоваго распылителя проф. Бэкъ провелъ разрѣзъ вдоль опухоли, послойно обнажилъ брюшину и на

желобоватомъ зондѣ разсѣкъ послѣднюю, послѣ чего показалась петля кишекъ аспиднаго цвѣта. Затѣмъ операторъ ввелъ въ брюхо указательный палецъ и по немъ разсѣкъ ущемляющее кольцо Куперовскимъ ножемъ; тогда кишечная петля вправилась безъ особеннаго труда. Часть выпавшаго сальника операторъ отрѣзалъ, перевязавъ его предварительно лигатурой. Грыжевыя ворота проф. Бэкъ сшилъ струнною нитью. Вставивъ тонкій дренажъ въ нижній уголъ кожной раны, операторъ наложилъ узловатый швовъ, покрылъ рану узкой полоской protective silk, поверхъ этого тонкій слой карболизованной марли, затѣмъ небольшую губку, еще нѣсколько слоевъ желтой марли, наконецъ, кусокъ мэкентоша и всю эту повязку укрѣпилъ турами эластическаго бинта.

Характеристика оперативной дѣятельности проф. Бэка.

Оперированная умерла на третій день послѣ операціи. Вообще говоря, проф. Бэкъ, хотя и послѣдователь Листеровскаго способа леченія ранъ, но во время оперированія недостаточно строго относится къ современнымъ требованіямъ антисептики; такъ, напр., онъ самъ оперируетъ въ томъ же верхнемъ платьѣ, которое онъ носитъ при пріемѣ приходящихъ больныхъ или при визитаціи палатъ; оперируемый вносится въ операціонный залъ въ далеко не безупречномъ бѣльѣ; операторъ и его непосредственные помощники недостаточно часто и усердно обеззараживаютъ руки, инструменты, губки и т. п. Но по общимъ пріемамъ видно, что проф. Бэкъ слѣдуетъ предписаніямъ Листера, не исключая spray и мэкентоша [1]). Что-же касается оперативной техники, то она въ рукахъ проф. Бэка безукоризненна; онъ оперируетъ быстро, увѣренно и сознательно.

Въ томъ же госпиталѣ я видѣлъ еще оперирующимъ д-ра Бэркера, состоящаго въ должности ассистента-хирурга и преподавателя клинической и оперативной хирургіи. Повидимому, этотъ хирургъ относится болѣе строго къ требованіямъ антисептики: до операціи—онъ тщательно вымываетъ свои руки щеткой и карболовой кислотой, надѣваетъ безупречно-чистый передникъ и, засучивъ рукава рубахи, саморучно вымываетъ больныхъ, готовящихся быть оперированными.

Nephrotomia, по Бэркеру.

Наблюденіе XXXIX. **Nephrotomia**, произведенная Бэркеромъ (8/VII, 1885).

---

[1]) Не слѣдуетъ забывать, что эти наблюденія собраны мною еще въ 1885 году, когда самъ Листеръ не приступалъ ни къ какой операціи безъ пароваго распылителя.

Молодая женщина страдала перинефритомъ, доводившимъ больную до крайняго истощенія; безпрерывныя боли въ правой почечной области, обиліе гноя въ мочѣ, частые знобы, лихорадочное состояніе съ постоянно высокой температурой и тому подобныя клиническія явленія говорили въ пользу предположенія, что у данной больной произошло скопленіе гноя въ правой почечной области, которое, по мнѣнію Бэркера, необходимо опорожнить путемъ операціи.

Техника: Подъ паромъ карболоваго распылителя операторъ провелъ поперечный разрѣзъ вдоль ложныхъ реберъ правой fossae iliacae; затѣмъ онъ послойно разсѣкъ сухожилья и мышцы брюшной стѣнки и такимъ путемъ дошелъ до правой почки безъ нарушенія цѣлости брюшины (extra cavum peritonei). Прощупавъ весьма ясное зыбленіе въ напряженной надпочечной капсулѣ, Бэркеръ широко разрѣзалъ послѣднюю вдоль, послѣ чего показалась струя густаго творожистаго гноя. Промывъ тщательно полость и торквировавъ кровоточащіе сосуды, д-ръ Бэркеръ ввелъ въ глубь указательный палецъ, при помощи котораго онъ ощупывалъ всю поверхность правой почки. Найдя въ одномъ ограниченномъ участкѣ послѣдней зыбленіе, онъ счелъ нужнымъ сдѣлать пробный проколъ троакаромъ въ глубинѣ почки, но гноя тамъ не было. Очистивъ и дезинфецировавъ весьма тщательно полость раны, операторъ вставилъ широкую и толстую дренажную трубку, наружный конецъ которой имѣлъ форму раструба; посредствомъ такого дренажа, который можно назвать «drainage à double courant» весьма удобно промывать полостную извилистую рану. Окончивъ туалетъ брюшной полости, д-ръ Бэркеръ сшилъ разсѣченныя мышцы, сухожилья и кожу: первые два слоя — струнною нитью, послѣдній — шелкомъ и покрылъ рану типической Листеровскою повязкою.

Эта оперированная постепенно окрѣпла и стала поправляться; ея рана протекала почти безлихорадочно; но повязку приходилось мѣнять довольно часто.

Наблюденіе XL. **Herniotomia inguinalis** у женщины, произведенная д-ромъ Бэркеромъ (10/VII, 1885). Показаніемъ къ операціи служила недавно ущемившаяся грыжа въ паховомъ каналѣ. **Herniotomia inguinalis.**

Техника: а) Операторъ *провелъ разрѣзъ отвѣсно* Пупартовой связкѣ; б) *обнажилъ и разсѣкъ грыжевой мѣшокъ,* который былъ сращенъ съ подлежащею грыжевою опухолью. Послѣдняя состояла изъ куска сальника и небольшой кишечной петли. в) *Операторъ перевя-*

залъ лигатурой ножку выпавшей части сальника и отсѣкъ его; послѣ чего вправленіе грыжи совершилось очень легко. Промывъ тщательно полость раны 5% растворомъ карболовой кислоты, д-ръ Бэркеръ г) *вшилъ часть грыжеваго мѣшка въ полость паховаго канала,* образовавъ изъ перваго родъ затычки; излишнюю часть грыжеваго мѣшка онъ урѣзалъ. Наконецъ д) онъ зашилъ на-глухо кожную рану и покрылъ всю паховую область Листеровскою повязкой.

И на этотъ разъ операціонная рана протекала безукоризненно: разрѣзъ кожи сросся per primam, t° не поднималась выше нормы, повязка мѣнялась всего два или три раза.

Правда, что въ данномъ случаѣ грыжа оставалась ущемленною всего нѣсколько часовъ до операціи, поэтому кишечная петля не только не была сращена съ грыжевымъ мѣшкомъ, но вообще представлялась весьма мало измѣненною. Тѣмъ не менѣе, по выше-приведеннымъ двумъ операціямъ въ брюшной полости можно получить нѣкоторое представленіе объ оперативной техникѣ молодаго профессора Артюра Бэркера. Всесторонній разборъ клиническихъ явленій, точное распознаваніе данной болѣзни, основательное знаніе топографіи оперируемой области и, наконецъ, твердая вѣра въ благотворное вліяніе антисептики придаютъ особенную увѣренность оператору въ его смѣлыхъ ударахъ ножа. Воспитанники высшихъ курсовъ University College весьма охотно посѣщаютъ клиническія лекціи проф. Бэркера, который, во время обхода больныхъ по палатамъ, не упускаетъ удобнаго случая выяснить слушателямъ сущность современной антисептики въ хирургіи.

Что-же касается клиническаго ухода за хирургическими больными, то въ University hospital я не замѣчалъ ничего особенно выдающагося или новаго. Способъ клиническаго преподаванія въ описываемомъ колледжѣ такой-же, какъ и въ другихъ вышеописанныхъ мною медицинскихъ школахъ Лондона.

Но и здѣсь, не смотря на весьма ограниченное число коекъ (всего 200), клиническій преподаватель имѣетъ полную возможность на своихъ демонстративныхъ лекціяхъ разнообразить матеріалъ и вести свой курсъ по опредѣленной системѣ.

Отчетность хирургическихъ клиникъ.

Изъ имѣющихся у меня подъ рукою ежегодныхъ отчетовъ University College hospital видно, что въ хирургическомъ отдѣленіи число коечныхъ больныхъ было:

	въ 1882 г.	1883 г.[1]
всего	1284	1220
изъ нихъ умерло . .	68	77
% смертности. . . .	5,2	6,2

Но не столько число больныхъ, сколько разнообразіе въ формахъ болѣзней составляетъ особенность клиническаго матеріала описываемаго госпиталя. Такъ, напримѣръ, въ отчетѣ за 1883 г. указано, что число больныхъ съ травматическими поврежденіями (injuries) равняется 194 случаямъ, изъ нихъ умерло 12, что составляетъ 6% смертности.

Замѣтимъ, что на постоянныя койки принимались только тяжелыя поврежденія, требовавшія оперативнаго, либо клиническаго леченія. Въ число указанныхъ острыхъ случаевъ поврежденій входитъ 88 случаевъ переломовъ костей, 28 случаевъ поврежденій черепа, 11 случаевъ обширныхъ ожоговъ и т. п. Еще болѣе поучительнымъ для учащихся представляется этотъ клиническій матеріалъ хирургическаго отдѣленія University College hospital, если мы сравнимъ его съ матеріаломъ нашихъ клиникъ относительно самыхъ обыденныхъ болѣзней, какъ, напримѣръ, грыжи[2]. Въ теченіи одного учебнаго года (1883) въ University College hospital было принято:

		†
Hernia inguinalis	3	—
« ventralis , ...	1	—
» strangularis femoral.	8	3
» » inguinal.	8	2
» » umbilical.	1	—
» неопредѣленной формы. . . .	1	—
	22	5

Изъ этого числа 11 случаевъ были оперированы.

Кромѣ того, пересматривая весьма тщательно составленныя таблицы отчетовъ хирургическихъ клиникъ Лондонскаго университета, нетруд-

[1]) См. *Report of the Surgical Registrar of the University College hospital for 1882 и 1883* by Victor Horsley, London 1885.

[2]) Въ Петербургской клиникѣ проф. С. П. Коломнина (ва 1881—1885) былъ всего *одинъ* случай грыжесѣченія; въ Московской клиникѣ проф. Н. В. Склифосовскаго (за 1881—1885) было всего 12 грыжесѣченій, т. е. *три* случая въ годъ; въ Кіевской клиникѣ проф. В. А. Караваева (за 1844—1882) всего было 17 грыжесѣченій, или *одинъ* случай въ теченіи *двухъ лѣтъ*. [См. мою статью: *О средствахъ распространенія хирургической помощи среди сельскаго населенія*. (Врачъ, 1886. № 14)].

но замѣтить, что почти всѣ типическія формы хирургическихъ болѣзней представлялись слушателямъ въ теченіи каждаго учебнаго года; другими словами, я затрудняюсь указать форму хирургической болѣзни (за исключеніемъ прирожденныхъ уродствъ), которой не было бы указано въ ежегодныхъ отчетахъ University College.

Таблица XVI. **Формы хирургическихъ болѣзней, наблюдавшихся въ University College hospital за 1883 г.**

№№ ряда.	Форма болѣзни.	Число случ.	Изъ нихъ умерло.	% смертн.
1)	Осложненныя формы болѣзни (рожа, піэмія, септицэмія)	48	13	
2)	Новообразованія	142	20	14,0%
3)	Недоразвитіе	11	1	
4)	Уродливости	10	—	
5)	Болѣзни нервной системы	4	—	
6)	» глазнаго яблока	1	—	
7)	» ушной раковины	2	—	
8)	» носа	2	—	
9)	» кровеносной системы . . .	12	—	
10)	» лимфатической системы . .	39	—	
11)	» органовъ дыханія	9	2	
12)	» органовъ пищеваренія . .	128	14	10,9/₀
13)	» мочевыхъ органовъ . . .	40	7	
14)	» мужскихъ половыхъ орган.	92	—	
15)	» женскихъ » »	37	5	
16)	» костей	65	1	
17)	» суставовъ	85	3	
18)	» сухожилій	1	—	
19)	» слизистыхъ сумокъ . . .	17	—	
20)	» кожи и подкожной клѣтчатки.	101	—	
21)	Травматическія поврежденія . . .	194	12	6,06%

Изъ этой таблицы видно, что почти по всѣмъ областямъ человѣческаго организма учащимся представлены были различныя формы хирургическихъ болѣзней. Замѣтимъ еще, что въ этой таблицѣ число случаевъ преобладаетъ именно въ тѣхъ формахъ болѣзней, практическое изученіе которыхъ требуетъ много разнообразія, такъ, напр., новооб-

разованія (добро- и злокачественныя), болѣзни костей и суставовъ, наконецъ, травматическія поврежденія (см. ряды 2, 16, 17 и 21).

О богатствѣ клиническаго матеріала въ сравненіи съ таковымъ нашихъ клиникъ.

Не безъ умысла я останавливался такъ долго на качествѣ клиническаго матеріала Лондонскихъ университетскихъ клиникъ: отъ него зависитъ успѣхъ преподаванія и возможность научныхъ изслѣдованій клиническихъ вопросовъ. Не разъ уже было высказано русскими преподавателями, что въ нашихъ университетскихъ клиникахъ студенты не имѣютъ фактической возможности познакомиться со всѣми уклоненіями въ теченіи нѣкоторыхъ болѣе сложныхъ формъ болѣзней, ибо число демонстрируемыхъ случаевъ весьма ограничено. Въ этомъ безспорно важномъ пробѣлѣ нашихъ академическихъ школъ лежитъ отчасти причина скудости нашей учебной медицинской литературы. Чтобы преподавателю издать мало-мальски оригинальное руководство по клинической хирургіи, я полагаю, ему необходимо располагать не десятками случаевъ переломовъ, вывиховъ и заболѣваній суставовъ, а цѣлыми сотнями, какъ это мы видимъ въ клиникахъ Фолькмана, Бергмана, Кёнига и многихъ другихъ. Вотъ почему въ обнародованныхъ учебникахъ названныхъ клиницистовъ учащійся встрѣчаетъ не только теоретическія умозаключенія, но твердо высказанныя убѣжденія, основанныя на личномъ опытѣ и многократныхъ наблюденіяхъ.

Различные типы травматической лихорадки.

Но возвратимся къ матеріалу описываемой школы.—Докторъ Горслей, составитель цитируемаго нами отчета, поставивъ себѣ задачу— изучить клиническія особенности травматическихъ лихорадокъ, собралъ въ теченіи двухъ лѣтъ (1882 и 1883 гг.) 168 случаевъ простыхъ переломовъ, которые были прослѣжены весьма тщательно въ University College hospital.—Въ первой половинѣ (1882 г.) своей работы авторъ приводитъ таблицы измѣреній темп. у больныхъ съ простыми переломами конечностей; по этимъ таблицамъ видно, что температура измѣрялась каждый часъ въ теченіи 11 дней по нанесеніи травмы. Затѣмъ, во второй части работы, опубликованной въ «Report of the Surgical Registrar for 1883», онъ итогируетъ свои наблюденія относительно травматической лихорадки (Pyrexia after simple fracture) въ слѣдующихъ словахъ: «Въ громадномъ большинствѣ, именно въ 91,5%, случаевъ простыхъ переломовъ обнаруживается ясно выраженная лихорадка (pyrexia), характеръ которой зависитъ отъ силы травмы, возраста больнаго и многихъ другихъ условій; на основаніи же собранныхъ клиническихъ наблюденій, я считаю необходимымъ признать «три различныхъ типа травматической лихорадки:

I. *Первый типъ*, при которомъ температура поднимается до 100° (F) [1]) и выше въ теченіи 1—4 часа послѣ поврежденія; затѣмъ темп. постепенно опускается до нормы въ продолженіи нѣсколькихъ дней. Кривая этого типа лихорадки представлена на рис. 49 перерывистою линіею.

Такихъ случаевъ Горслей наблюдалъ 25, именно:

7 случаевъ	. .	до 10-лѣтняго	возраста.	
2 »	. .	10—20	»	»
2 »	. .	20—30	»	»
9 »	. .	30—40	»	»
0 »	. .	40—50	»	»
3 »	. .	50—60	»	»
1 »	. .	60—70	»	»
1 »	. .	70—80	»	»

Средній возрастъ больныхъ—28—29 лѣтъ.

Средняя продолжительность лихорадки = 6—7 дней (точнѣе 160—161 часовъ).

II. *Второй типъ*, при которомъ темп. возвышается также быстро, но доходитъ только до $^1/_2$ высоты, наблюдаемой при первомъ типѣ; затѣмъ она падаетъ до нормы въ теченіи времени, равнаго $^1/_2$ продолжительности перваго типа. Кривая этого типа изображена на рис. 49 сплошною линіею.

Такихъ случаевъ авторъ приводитъ 35, какъ-то:

5 случаевъ	. . . . . .	до 10	лѣтъ.
4 »	. . . . . .	10—20	»
2 »	. . . . . .	20—30	»
11 »	. . . . . .	30—40	»
5 »	. . . . . .	40—50	»
5 »	. . . . . .	50—60	»
2 »	. . . . . .	60—70	»
1 »	. . . . . .	70—80	»

Средній возрастъ больныхъ—34 года.

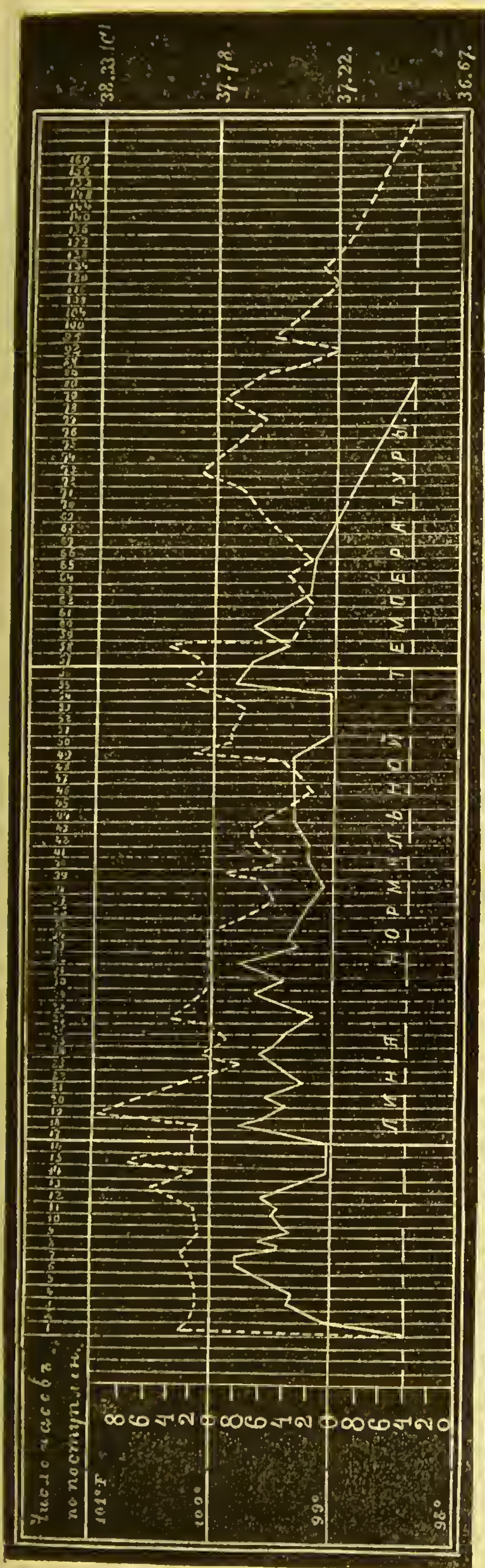
Средняя продолжительность лихорадки = $3^1/_2$ дня (86—87 час.).

III. *Третій типъ* имѣетъ совершенно особенное теченіе, зависящее отъ отека (oedema), происходящаго вслѣдствіе разрыва сосудовъ или давленія на вены при экстравазатахъ или даже, быть можетъ, тром-

---

[1]) Авторъ считаетъ нормальную температуру тѣла человѣка равною 98,4° F) = 37,0 C).

Рис. 49.



Кривыя, указывающія типы травматическихъ лихорадокъ при простыхъ переломахъ (Перерывистая линія изображаетъ кривую *перваго типа*, а сплошная линія — кривую *втораго типа*, по Горслею).

Рис. 50.

Кривая травматической лихорадки *третьяго типа*, по Горслею.

боза сосудовъ. Этотъ типъ лихорадки характеризуется тѣмъ, что темп. возвышается постепенно; въ теченіи 48 часовъ она доходитъ до максимума, который либо равенъ, либо выше максимума темп. *перваго* типа; затѣмъ она падаетъ на нѣсколько дней, послѣ чего опять возвышается; обыкновенно это наблюдается на 5-й или 6-й день; наконецъ, она опускается до нормы къ 8 или 9 дню. Кривая этого типа лихорадки изображена на рис. 50.

Такихъ случаевъ Горслей наблюдалъ 34, именно:

6 случаевъ	. . . . . .	до 10 лѣтъ.
5 »	. . . .	10—20 »
5 »	. . . .	20—30 »
6 »	. . . .	30—40 »
3 »	. . . .	40—50 »
6 »	. . . .	50—60 »
3 »	. . . .	60—70 »

Средній возрастъ бо́льныхъ 32—33 года.

Средняя продолжительность лихорадки = $7^1/_3$ дня (точнѣе 176—177 часовъ).

Очевидно, говоритъ Горслей, что этотъ типъ лихорадки существенно отличается отъ первыхъ двухъ типовъ и особенность его зависитъ отъ степени поврежденія сосудовъ и мягкихъ частей. Въ тѣхъ случаяхъ простыхъ переломовъ конечности, при которыхъ темп. постепенно возвышалась до своего максимума въ теченіи 48 часовъ, авторъ постоянно находилъ въ мѣстѣ перелома «напряженный» отекъ (tense oedema), обнаруживавшійся одновременно съ наивысшею точкою температуры; затѣмъ, къ 112 часу, или около того времени, послѣ поврежденія, наблюдалось вторичное возвышеніе темп., правда, менѣе высокое, чѣмъ въ первый разъ, но всегда ясно выраженное (см. рис. 50). Болѣе чѣмъ вѣроятно, что эта особенность кривой температуры находится въ непосредственной связи съ появленіемъ отека. Слѣдуетъ ли подобный отекъ признать за продуктъ воспаленія или нѣтъ? Этотъ вопросъ почтенный авторъ оставляетъ открытымъ; но на основаніи представленныхъ имъ кривыхъ темп. 168 случаевъ простыхъ переломовъ конечности, онъ требуетъ, чтобы названіе *травматическая лихорадка* (traumatic fever) сохранилось-бы только для тѣхъ случаевъ поврежденія, при которыхъ нѣтъ нарушенія цѣлости ни кожи, ни слизистой оболочки, и наблюдающаяся при этомъ лихорадка появляется не-

посредственно вслѣдъ за травмою, а не есть результатъ вторичныхъ явленій (какъ при лихорадкѣ 3-го типа).

Хотя клиническимъ путемъ весьма трудно отъискать причину и разъясненіе этимъ различнымъ теченіямъ лихорадки, но замѣтимъ, что и экспериментальная патологія, на сколько ей позволяютъ современныя средства научныхъ изслѣдованій, подтверждаетъ отчасти выводы Горслея. Такъ, изъ опытовъ Ангерера [1]) надъ впрыскиваніемъ дефибринированной крови подъ кожу человѣка видно, что кривая температуры возвышается постепенно, достигаетъ своего maximum къ 48 часу и, вообще говоря, представляется параллельною кривой температуры третьяго типа, по Горслею. Не дѣйствуетъ ли впрыснутая дефибринированная кровь на организмъ человѣка такъ точно, какъ отекъ, появляющійся вслѣдъ за травмою?—Весьма и легко вѣроятно!

Асептическая лихорадка, по Фолькману.

Говоря здѣсь о травматической лихорадкѣ, мы понимаемъ такое состояніе организма человѣка, при которомъ всѣ растительныя функціи (пищевареніе, дыханіе и т. п.) совершаются правильно, только температура тѣла стоитъ выше нормы.—Фолькманъ [2]) первый очертилъ характеръ этой простой лихорадки и назвалъ ее *асептическою* въ отличіе отъ септической или гнилостной лихорадки. При простыхъ переломахъ, обширныхъ ушибахъ и поврежденіяхъ суставовъ безъ поврежденія покрововъ германскій опытный клиницистъ подмѣтилъ, что температура нерѣдко подымается до 38,5° Ц. съ вечернимъ возвышеніемъ до 39, даже до 40° Ц. и держится выше нормы 6, 9, 10, 11 до 16 дней, безъ того, чтобы общее самочувствіе указывало на какое либо угнетеніе или уклоненіе отъ нормы. Такія *асептическія воспалительныя* лихорадки (aseptische Entzündungsfieber), по мнѣнію Фолькмана, тѣмъ рѣзче выражаются, чѣмъ обширнѣе произошло кровоизліяніе (Blutextravasat) и чѣмъ сильнѣе выступаютъ послѣдовательныя воспалительныя явленія.

Стало быть, Фолькманъ прямо называетъ травматическую лихорадку *воспалительною*, что Горслей считаетъ еще далеко недоказаннымъ. И дѣйствительно, при современномъ состояніи общей патологіи, мы склоняемся къ тому, чтобы признать всякое воспаленіе за реакцію дѣятельности нисшихъ организмовъ или ихъ продуктовъ—пто-

[1]) Angerer. *Klinische und exper. Untersuchungen über das Resorbiren von Blutextravasat.* 1879.

[2]) Rich. Volkmann и Alfred Genzmer. *Ueber septisches und aseptisches Wundfieber* (см. Sammlung klin. Vorträge № 12, 1877).

маиновъ; первые же для своего развитія требуютъ присутствія извѣстной среды или удобной почвы, какъ кровяная плазма, серозный транссудатъ, лимфа и т. п., что имѣетъ мѣсто преимущественно при тѣхъ травмахъ, при которыхъ наблюдается лихорадка третьяго типа. Поэтому, я полагаю, что *безгнилостнымъ* (асептическимъ) можетъ быть только тотъ агентъ лихорадки (правильнѣе, высокой температуры), который обнаруживается безъ присутствія воспалительныхъ явленій или, иначе говоря, выражается въ формѣ кривой перваго или втораго типа лихорадки по Горслею.

Опыты Гравица и Шейэрлена съ кадавериномъ.

Чтобы показать читателю, на сколько работа Горслея о травматической лихорадкѣ современна и имѣетъ для насъ практическое значеніе, я позволю себѣ здѣсь вкратцѣ упомянуть о новѣйшихъ опытахъ Гравица и Шейэрлена съ кадавериномъ. Если впрыснуть (съ бактеріологическими предосторожностями) подъ кожу собакѣ полупроцентный растворъ кадаверина [1]) въ количествѣ одного кубическаго сантиметра, то онъ вызываетъ только отекъ или острое серозное воспаленіе, которое быстро всасывается и животное остается вполнѣ здоровымъ. Если же такому же животному впрыснуть такое же количество, но 8% раствора кадаверина, то на мѣстѣ укола появляется нагноеніе къ концу третьяго дня. *Въ этомъ гноѣ*, извлеченномъ стерелизованнымъ шприцемъ Правaца, *нельзя открыть микробовъ*. Такое же дѣйствіе производитъ и водный амміакъ: впрыскиваніе слабыхъ растворовъ вызываетъ скоропроходящія и незначительныя явленія, а то же вещество въ болѣе крѣпкой концентраціи производитъ нагноеніе. Прибавка кокковъ къ слабымъ растворамъ не измѣняетъ его дѣйствія, тогда какъ къ сильнымъ растворамъ, само по себѣ способнымъ вызвать нагноеніе, прибавка кокковъ обусловливаетъ распространеніе нагноенія въ формѣ флегмоны.

Нельзя-ли, на основаніи опытовъ Гравица и Шейэрлена, заключить, что при травматической лихорадкѣ *третьяго типа* по Горслею, кровь, лимфа или серозная жидкость, излившіяся при нанесеніи травмы въ подкожную клѣтчатку и измѣнившись въ своей концентраціи, всасываются и дѣйствуютъ на общій организмъ человѣка на подобіе сла-

---

[1]) Cadaverin, по Бригеру, есть птомаинъ, образующійся при гніеніи органовъ человѣческаго тѣла; онъ представляетъ собою жидкость, дымящуюся на воздухѣ, съ запахомъ грибнаго отвара; эмпирическая формула кадаверина = $C_5H_{16}N_2$. (См. Verhandlungen des fünften Congresses f. innere Medicin. Wiesbaden 1886).

баго раствора кадаверина или воднаго амміака? Во всякомъ случаѣ вѣрно то, что всѣ эти жидкости вызываютъ явленія воспаленія, непереходящаго, однакоже, въ нагноеніе; и поэтому ихъ реакція на здоровый организмъ выражается лишь лихорадкою опредѣленнаго типа.

Прошу снисхожденія у своего читателя за столь продолжительное уклоненіе въ сторону отъ главнаго начерченнаго мною пути. Я коснулся вопроса о травматической лихорадкѣ съ цѣлью показать, что подобные научные вопросы могутъ быть изучаемы только при изобиліи клиническаго матеріала, какимъ обладаютъ заграничныя клиники вообще, и хирургическое отдѣленіе University College hospital въ частности.

Вообще же говоря, описываемая нами школа хирургіи стремится знакомить учащихся со всѣми формами болѣзни; поэтому администрація больницы принимаетъ въ клинику больныхъ съ завѣдомо заразительными болѣзнями; такъ, напр., въ вышеприведенной таблицѣ XVI указано, что число больныхъ съ рожей, піэміею, сэптицеміею и т. п. равнялось 48 случаямъ, изъ которыхъ 13 умерло.

Такое обиліе случаевъ заразительныхъ формъ болѣзней, осложняющихъ теченіе хирургическихъ ранъ, бросаетъ неблаговидную тѣнь на современность описываемой школы хирурговъ. При безгнилостномъ направленіи хирургіи появленіе этихъ болѣзней въ стѣнахъ клиники есть результатъ недостаточно строгаго примѣненія антисептики, либо— слѣдствіе плохой госпитальной конституціи. И то и другое имѣютъ здѣсь мѣсто: съ одной стороны, хирурги - операторы (какъ Бэкъ, Гисзъ и друг.) не придаютъ особенно важнаго значенія строгимъ предписаніямъ безгнилостной хирургіи, а съ другой—гигіэническая обстановка University College hospital оставляетъ желать многаго.

Тѣмъ не менѣе, эта школа дала хирургіи нѣсколько представителей, имена которыхъ хорошо извѣстны и русскимъ врачамъ по ихъ учебникамъ, какъ, напр., профессора Генри Томсона—спеціалиста по мочевымъ болѣзнямъ и Джона Эрихсена - клинициста-хирурга; оба давно оставили кафедры въ Лондонскомъ университетѣ, но числятся понынѣ консультантами University College hospital.

Библіографическія свѣдѣнія о трудахъ представителей этой школы хирургіи.

Но и настоящія представители хирургической кафедры этой школы считаютъ своимъ прямымъ долгомъ составлять руководства или учебники по избранной имъ спеціальности, съ особенностями которыхъ читатель можетъ отчасти познакомиться по нижеприведеннымъ краткимъ библіографическимъ очеркамъ.

Профессоръ Гилль.

I.—Hill (Berkeley) кончилъ курсъ въ University College; въ 1859 г. онъ получилъ званіе члена «Королевской Коллегіи Хирурговъ» (F. R. C. S. E.) и въ томъ же году принялъ должность прозектора по анатоміи въ университетскомъ колледжѣ; позднѣе онъ получилъ званіе профессора по клинической хирургіи, кафедру которой онъ занимаетъ понынѣ; вмѣстѣ съ тѣмъ, онъ считается преподавателемъ (teacher) практической хирургіи. Изъ литературныхъ трудовъ проф. Гилля я приведу слѣдующіе:

1) «*Student's Manuel of venereal diseases*» (Руководство для студентовъ по венерическимъ болѣзнямъ) 1877.

2) «*On syphilis and local contagious disordes*» (О сифилисѣ и мѣстномъ контагіозномъ пораженіи) 1881 (второе изданіе).

3) «*The essentials of bandaging including the management of fractures and dislocations*» (Основы перевязокъ и способы ихъ примѣненія при переломахъ и вывихахъ). Второе изданіе въ 1869 г.

4) «*Case of tumour of the bladder succesfully removed*» [Объ успѣшномъ удаленіи опухоли мочеваго пузыря [1]].

5) «*Modern treatment of fractures of the lower jaw*» [Новый способъ леченія переломовъ нижней челюсти [2]].

6) «*Tapping in empyema*» [Массажъ при эмпіемахъ [3]].

Профессоръ Гисзъ.

II.—Heath (Christopher) родился въ 1835 г. въ Лондонѣ; воспитывался въ King's College и былъ ученикомъ знаменитаго хирурга Ферьюссона. Въ 1859 г. онъ окончилъ курсъ медицинскихъ наукъ, и чрезъ годъ онъ получилъ званіе члена «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи» (F. R. C. S. E.). Сначала Гисзъ, въ роли хирурга, работалъ въ различныхъ больницахъ Лондона (какъ West London hospital, St. James Dispensary, St. George's hospital), а въ 1875 году онъ избранъ былъ на должность хирурга и «домашняго профессора» (home-professor) въ University College, гдѣ продолжаетъ свою дѣятельность и по-нынѣ. Проф. Гизсъ состоитъ членомъ-экзаменаторомъ въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ».—Его учебники по различнымъ отраслямъ хирургіи въ большомъ ходу среди учащихся въ Лондонѣ. Таковы:

1) «*A course of Operative Surgery*» (Руководство по оперативной

[1]) «British Med. Journ.» 1867—68.

[2]) «British Med. Journ.» 1867.

[3]) «Med. Chirurg. Transactions» 1882.

хирургіи) London 1884 г. (второе изданіе); объ этомъ руководствѣ я намѣренъ ниже представить болѣе обстоятельный рефератъ.

2) «*Practical Anatomy; a manuel of dissections*» (Практическая анатомія, руководство для препарированія) London, 1881 г. (пятое изданіе).

3) «*A manuel of Minor Surgery and Bandaging*» (Руководство къ малой хирургіи и десмургіи) London, 1883 г., (седьмое изданіе).

4) «*The student's guide of surgical diagnosis*» (Путеводитель студентовъ по хирургической діагностикѣ) London, 1883 (второе изданіе).

5) «*Injuries and diseases of the jaws*» (Поврежденія и болѣзни зѣва) London, 1884 (третье изданіе). Эта работа удостоена Джэксоновской преміи (Jacksonian prize essay).

6) «*A course of lectures on diseases of the breast*» [Курсъ лекцій по болѣзнямъ груди [1])].

7) «*A course of lectures on diseases of the rectum*» [Курсъ лекцій по болѣзнямъ прямой кишки [2])].

8) «*Clinical lectures*» [Клиническія лекціи [3])] и много другихъ извѣстныхъ статей, помѣщенныхъ въ періодическихъ медицинскихъ журналахъ.

Руководство по Оперативной Хирургіи профессора Гисза есть, какъ говоритъ авторъ въ своемъ предисловіи перваго изданія (1877 г.), плодъ двадцатилѣтняго опыта въ преподаваніи хирургіи на трупѣ. И дѣйствительно, при чтеніи этой книги легко замѣтить, что авторъ умѣло руководитъ малоопытную руку начинающаго оператора по существеннымъ указательнымъ линіямъ описываемой анатомической области, не даетъ ему заблуждаться на сложномъ полѣ операціи и, такимъ образомъ, легко и скоро приводитъ учащагося къ его цѣли.—Но эта книга проф. Гисза должна быть названа скорѣе *атласомъ*, чѣмъ учебникомъ по оперативной хирургіи, ибо она главнымъ образомъ состоитъ изъ весьма художественно выполненныхъ таблицъ рисунковъ, на которыхъ изображены главные моменты каждой операціи, произведенной по извѣстному способу, и къ этимъ таблицамъ приложенъ текстъ, какъ описаніе представленныхъ рисунковъ.—Замѣ- Разборъ книги проф. Гисза «A course of Operative Surgery».

[1]) «Lancet» 1871.
[2]) Ibidem, 1873.
[3]) «Med. Times and Gazette» 1874. «Brit. Med. Journal» 1875—81. «Medic. Examiner» 1876—77.

тимъ, что, при изложеніи перевязки какой-либо артеріи, авторъ представляетъ три рисунка: на одномъ изображено направленіе разрѣза и поле операціи послѣ разсѣченія первыхъ слоевъ данной области; на второмъ рисункѣ представлена топографія сосуда въ моментъ самой операціи, т. е., по смѣщеніи частей, покрывающихъ отъискиваемый сосудъ; наконецъ, на третьемъ рисункѣ представлена таже область въ формѣ анатомическаго препарата: поверхностные слои совершенно удалены; болѣе глубокія части представлены лишь по стольку, по скольку онѣ приходятъ въ близкое соприкосновеніе съ отъискиваемымъ сосудомъ при наложеніи лигатуры; на этомъ же послѣднемъ рисункѣ видны и всѣ боковыя вѣтви главнаго артеріальнаго ствола.—Если къ этому прибавимъ, что рисунки представлены почти въ естественную величину и раскрашены многими красками, подобранными художникомъ (д-ромъ Гэнгэртомъ) весьма удачно, то читатель, я полагаю, получитъ нѣкоторое представленіе о значеніи книги Гисза. Это руководство можетъ служить учащимся, во время ихъ упражненій въ операціяхъ на трупахъ, атласомъ, при помощи котораго они возстановляютъ въ своей памяти главныя соотношенія анатомическихъ частей и, такимъ образомъ, малоопытная рука начинающаго оператора прямо (безъ заблужденія) подводится къ цѣли. Дѣйствительно, во время моихъ лѣтнихъ посѣщеній анатомическихъ залъ Лондонскихъ медицинскихъ колледжей мнѣ не разъ приходилось видѣть студентовъ упражняющимися въ операціяхъ на трупахъ и предъ глазами ихъ лежала названная книга проф. Гисза.

Въ разбираемой мною книгѣ описываются операціи не только общей хирургіи (какъ перевязки сосудовъ, ампутаціи, резекціи и т. п.), но и частной, напр., операціи на глазномъ яблокѣ, литотрипсія, литотомія и колотомія, ларинготомія и трахеотомія и т. п., вообще, всѣ тѣ операціи, техника которыхъ легко изучается на мертвомъ тѣлѣ. Но при изложеніи ихъ авторъ никогда не теряетъ изъ виду тѣхъ моментовъ операціи, которые обнаруживаются при дѣйствіи на живомъ.

Въ указанномъ учебникѣ читатель не встрѣтитъ описанія различныхъ способовъ одной и той же операціи, какъ это изложено въ учебникѣ Фарабёфа; профессоръ Гисзъ описываетъ только тотъ способъ, который ему кажется болѣе практическимъ и удобоисполнимымъ непривычными руками начинающаго оператора. Вотъ почему этотъ учебникъ, я полагаю, не можетъ удовлетворить врача, желающаго личнымъ опытомъ убѣдиться въ преимуществахъ того или другаго способа одной

и той же операціи. Такъ, напр., наибольшее число ампутацій на конечностяхъ въ руководствѣ проф. Гисза представлены *двулоскутнымъ сѣченіемъ* или такъ называемымъ способомъ Тиля (Teale), который, по моему мнѣнію, не во всѣхъ областяхъ конечности одинаково удобенъ; примѣрно въ нижней части голени (см. табл. 18, рис. 4 цитируемаго руководства) выкроенный *переднiй* длинный лоскутъ не можетъ дать удобной покрышки для культи, ибо мягкія части въ этой области состоятъ преимущественно изъ сухожилій.

На стр. 118 авторъ описываетъ костно-пластическую ампутацію голени по Пирогову и нужно отдать полную справедливость англійскому автору въ томъ, что его описаніе техники операціи во многомъ превосходитъ описанія французскихъ и нѣмецкихъ авторовъ (какъ Ле-Форъ, Фарабёфъ, Эсмархъ и друг.). Такъ, проф. Гисзъ вполнѣ справедливо замѣчаетъ: «если держать должнымъ образомъ стопу, то «отвѣсно направленная пила въ дѣйствительности разсѣчетъ пяточную «кость *косвенно*, т. е., оставитъ въ нижней части пятки больше, чѣмъ «въ верхней». (Owing to the position in which the foot is held, this vertical cut-will really divide the calcaneum obliquely, leaving more of the lower than of the surface). Между тѣмъ, какъ другіе авторы [даже Эсмархъ [1])] утверждаютъ, что при способѣ Пирогова пяточная кость распиливается совершенно отвѣсно и поэтому пяточный лоскутъ якобы трудно прилаживается къ распилу голени. — Въ другомъ мѣстѣ [2]) я уже доказалъ, что самъ Пироговъ еще въ 1854 г. предписывалъ вести распилъ пятки сверху и сзади—внизъ и впередъ, т. е., слегка косвенно. Но вышеуказанная ошибка до того общераспространена въ иностранныхъ учебникахъ оперативной хирургіи, что я даже удивился вѣрному описанію этой операціи, найденному въ учебникѣ Гисза. Равнымъ образомъ вполнѣ справедливо мнѣніе автора, что, при соотвѣтственномъ отпиливаніи костей, поверхности послѣднихъ могутъ вполнѣ приладиться безъ всякаго настяженія Ахиллесова сухожилья («the bones, if properly cut, will fit well together without any tension upon the tendo Achillis, стр. 119).

Тѣмъ болѣе мнѣ показалось страннымъ найти точное и вѣрное опи-

---

[1]) См. его «*Handbuch der kriegschirurgischen Technik*». Hannover, 1877, стр. 219, рис. 396.

[2]) См. «*Новый способъ костнопластической ампутаціи голени*» (см «Врачъ», 1886, № 5 или Archiv f. klinische Chirurgie von Langenbeck, т. XXXIV, тетрадь 2).

саніе Пироговской операціи въ учебникѣ Гисза, что онъ вообще, за весьма рѣдкимъ исключеніемъ, какъ операціи Лисфранка и Шопара, не описываетъ вовсе способовъ операцій иностранныхъ авторовъ. Имена же англійскихъ хирурговъ, какъ Тиль, Гей, Карденъ, Листеръ (Teale, Hey, Carden, Lister) упоминаются почти при каждой самой типической операціи.

Закончивъ свой краткій разборъ учебника по *Оперативной Хирургіи* (A course of Operative Surgery) проф. Гисза, я позволю себѣ высказать сожалѣніе о томъ, что въ рукахъ нашей учащейся молодежи не случается видѣть подобнаго атласа; но, вмѣстѣ съ тѣмъ, не могу не предупредить своихъ читателей въ томъ, что руководство проф. Мэкъ-Кормака, разобраннаго мною выше (см. стр. 123), стоитъ несравненно выше, какъ въ научномъ, такъ и въ отношеніи оригинальнаго изложенія самаго предмета.

Проф. Бэкъ. III. Beck (Marcus) воспитанникъ University College; здѣсь онъ въ 1867 г. получилъ званіе бакалавра по хирургіи (B. S.), а въ 1869 г. онъ избранъ былъ членомъ «Королевской Коллегіи Хирургіи» (F. R. C. S. E.); съ этого же времени Бэкъ состоитъ профессоромъ и экзаменаторомъ по хирургіи въ описываемой мною школѣ. Изъ литературныхъ трудовъ этого современнаго представителя хирургіи University College я могу указать на слѣдующіе:

1) «*Surgical Kidney*» [Хирургія почки [1])].

2) «*Diseases of the breast*» [Болѣзни груди [2])].

3) «*Three cases of trephining for haemorrhage from middle meningeal artery*» [Три случая трепанаціи черепа при кровотеченіи изъ средней артеріи твердой мозговой оболочки [3]]).

4) «*Case of nephro-lithotomy*». [Случай нефролитотоміи [4])].

5) «*The diseases of the kidney secondary to affections of lower urinary tract*». [О болѣзняхъ почки, какъ вторичное заболѣваніе при страданіяхъ нижняго отдѣла мочеваго аппарата [5])].

Профессоръ Бэкъ, какъ болѣе молодой хирургъ относительно предшествовавшихъ представителей той-же школы, видно, спеціализируется,

---

[1]) См. Quain's *Diction. of Medicine.*

[2]) См. Heath's *Diction. of Surgery.*

[3]) См. «Med. Times Gaz.» 1877.

[4]) См. «Transact. Clin. Society». 1882.

[5]) См. Reynold's *Syst. of Medicine*, т. V.

т. е., онъ разработываетъ научно только нѣкоторые отдѣлы хирургіи, напр., область почки.

Наконецъ, въ виду того, что имя Горслея мнѣ приходилось уже не разъ упоминать въ предшествовавшихъ главахъ, я полагаю, что читателю будетъ небезинтересно познакомится съ біо- и библіографическими свѣдѣніями этого, правда, еще молодаго хирурга, но весьма трудолюбиваго и плодотворнаго работника по новѣйшимъ вопросамъ хирургической патологіи.

Профессоръ Горслей.

IV. Horsley (Victor Alex.) воспитывался въ University College, откуда вышелъ бакалавромъ хирургіи (B. S.) въ 1881 г. Чрезъ два года онъ получилъ званіе члена «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи» (F. R. C. S. E.).

Въ настоящее время Горслей состоитъ въ должности экстра-ординарнаго профессора (точнѣе Assistant-professor) по патологіи въ University College и въ тоже время завѣдуетъ хирургическимъ отдѣленіемъ въ госпиталѣ названной школы. Въ теченіи очень короткаго времени д-ръ Горслей заявилъ себя въ литературѣ весьма солидными работами, каковы:

1) «*Report on septic bacteria*» [Очеркъ о гнилостныхъ бактеріяхъ [1])].

2) «*On the existence of organisms in living tissues*» [О существованіи организмовъ въ живыхъ тканяхъ [2])].

3) «*Zyme and bacilli*» [О брожені и бациллахъ [3])], совмѣстно съ профессоромъ Шеффером ъ.

4) «*On the function of thyroid gland*» [О функціи щитовидной железы [4])].

5) «*On traumatic fever*» [О травматической лихорадкѣ [5])].

6) «*Brain Surgery*» [Хирургія мозга [6])].

Выше (см. главы IX и XI) я представилъ читателю болѣе обстоятельные рефераты о послѣднихъ двухъ работахъ проф. Горслея.

---

[1]) См. «Rep. Med. Off. Loc.» 1882.

[2]) См. «Journ. Physiolog.», т. III.

[3]) См. Quain's *Dict. of Med.* 1885

[4]) См. «Brit. Med. Journ.» 1885.

[5]) См. Тамъ-же.

[6]) См. Тамъ-же. 1886.

Литературные источники:

1) *University College London Faculty of Medicine. Prospectus 1885—86 г.* (оффиціальное изданіе).

2) Victor Horsley. *Report of the surgical registrar of the University College hospital for 1882 и 1883.* London 1885.

3) Онъ-же. *On traumatic fever.* (см. «British Medical Journal.» 1885).

4) Angerer. *Klinische und experimentelle Untersuchungen über das Resorbiren von Blutextravasat.* 1879.

5) Rich. Volkmann und Alfred Genzmer. *Ueber septisches und aseptisches Wundfieber.* (см. «Volksmann's Sammlung klinischer Vorträge». № 12, 1877.

6) Brieger. *Ueber Ptomaine.* (см. Verhandlungen des fünften Congresses für innere Medicin. Wiesbaden. 1886).

7) Heath. *A course of operative Surgery.* London 1884.

8) Oppert. *Hospitals, Infirmaries...,* London 1883.

9) Churchill. *The Medical Directory for 1887.* London 1888.

ГЛАВА XII.

Charing-Cross hospital and Medical School. Нѣсколько словъ объ особенностяхъ каждой медицинской школы въ Лондонѣ. — Внутреннее устройство и порядки Charing-Cross hospital; значеніе его, какъ поликлиники. — Расположеніе палатъ въ хирургическомъ отдѣленіи описываемаго госпиталя. — Недостатокъ въ преподавателяхъ и учебно-вспомогательныхъ пособіяхъ. — Д-ръ Бэруэлль, какъ операторъ. — *Amputatio femoris cum transplantione patellae; Arthrotomia genu* съ цѣлью удаленія corpusculi alieni articulationis. — *Herniotomia cum Enterorapbia.*—Клиническій разборъ послѣдняго случая. — Оцѣнка хирургической дѣятельности д-ра Бэруэллія. — Д-ръ Билэмей, какъ операторъ. — *Lithotomia perinealis et Cystotomia suprapubica. — Resectio maxillae superioris.* — Оцѣнка дѣятельности Билэмея. — Біографическія и библіографическія свѣдѣнія о двухъ вышеописанныхъ хирургахъ: перечень трудовъ д-ровъ Бэруэлля и Билэмея. — Общее заключеніе. — Литературные источники.

Объ особенностяхъ каждой медицинской школы.

Описанныя мною до сихъ поръ медицинскія школы въ Лондонѣ преимущественно имѣютъ за собою нѣкоторое историческое развитіе; представители той или другой отрасли медицины, какъ Д. Гёнтеръ, Эстлей Куперъ, Дженнеръ и другіе, оставили по себѣ научныя традиціи, которыя придаютъ каждой школѣ особенную печать чего-то своеобразнаго, ей одной лишь свойственнаго. Такъ, напр., не трудно замѣтить, что University College отличается отъ прочихъ медицинскихъ колледжей Лондона своею строгою традиціонною системою преподаванія теоретическихъ наукъ, тогда какъ Guy's или St. George's колледжи стремятся дать своимъ воспитанникамъ твердыя основы практическихъ знаній (principles and practice of science) по различнымъ прикладнымъ наукамъ медицины; St. Thomas's Medical School, послѣ своего послѣдняго преобразованія въ 1871 г., повидимому, задалась цѣлью — создать школу, въ которой наука шла бы рука объ руку съ жизнью, т. е., въ

названной медицинской школѣ изученіе какъ теоретическихъ, такъ и практическихъ наукъ проводится въ одинаковой степени. Наконецъ, въ иныхъ школахъ преобладаетъ изученіе хирургіи, въ другихъ — изученіе терапіи и т. п.

Но, помимо этихъ медицинскихъ школъ, существуютъ еще въ Лондонѣ и такія, которыя не представляютъ ничего «sui generis», или, если можно такъ выразиться, онѣ не имѣютъ своей физіономіи. На сколько я могъ подмѣтить, въ нихъ изученіе врачебнаго искусства не идетъ въ параллель съ современными требованіями медицины. Къ числу таковыхъ школъ я причисляю Charing-Cross Medical School, Middlesex College, St. Mary's — и даже Westminster hospital.

Внутреннее устройство и порядки Charing-Cross hospital.

Чтобы познакомить читателя съ характеромъ и значеніемъ для врачебной науки, подобныхъ несовершенствованныхъ школъ медицины, я считаю нужнымъ представить здѣсь внутреннее устройство и порядки Charing-Cross hospital и, вмѣстѣ съ тѣмъ, привести нѣсколько клиническихъ наблюденій изъ операціоннаго зала названнаго госпиталя.

Charing-Cross hospital основанъ 1818 г.; до 1833 г. это учрежденіе функціонировало какъ амбулаторная лечебница (dispensary); но съ 1834 оно приняло характеръ госпиталя и вмѣстѣ съ этимъ значеніе врачебно-образовательной школы (Medical School). Послѣдняя праздновала свой пятидесятилѣтній юбилей въ 1884 г. Это учрежденіе находится подъ покровительствомъ Эдинбургскаго Принца, состоящаго президентомъ Charing-Cross hospital.

Пятиэтажное зданіе этой больницы помѣщается на весьма многолюдной и торговой улицѣ — West-Strand — насупротивъ большаго вокзала желѣзной дороги, носящаго названіе Charing-Cross. Во всей больницѣ было прежде 180 коекъ, но въ 1880 г. тридцать коекъ закрыты; оставшіяся 150 больничныхъ мѣстъ распредѣлены между слѣдующими отдѣленіями: терапевтическимъ, хирургическимъ, гинекологическимъ, педіатрическимъ и отдѣленіемъ накожныхъ и сифилитическихъ болѣзней. По отчету 1884 г. видно, что всего въ теченіи года функціонировало только 118 больничныхъ коекъ, на которыхъ перебывало 1,610 больныхъ; на содержаніе израсходовано 11,348 ф. ст. или по 7 ф. ст. (70 руб.) на каждаго стаціонарнаго больнаго.

Замѣтимъ тутъ-же, что, вслѣдствіе отсутствія офтальмологической клиники въ Charing-Cross Medical School, студенты послѣдняго прикомандировываются для практики въ изученіи глазныхъ болѣзней къ другому госпиталю — Royal-Westminster Ophthalmic hospital.

Ежегодный расходъ описываемаго врачебно-образовательнаго учрежденія превышаетъ 160,000 руб. (или 15,760 ф. стерл.), тогда какъ постоянная рента его не выше 110,000 руб. въ годъ; недостающая же сумма = 50,000 руб. пополняется случайными доходами въ формѣ частныхъ пожертвованій [1]). Вслѣдствіе такого ограниченнаго бюджета названнаго госпиталя, администрація послѣдняго стремится, по возможности, принимать меньшее число больныхъ на постоянныя койки и предпочитаетъ лечить таковыхъ амбулаторно, такъ какъ расходъ на одного приходящаго больнаго, среднимъ числомъ, равенъ всего 1 шиллингу (50 коп.), а постоянный коечный больной требуетъ расходу около 70 руб. По отчету, имѣющемуся у меня въ рукахъ, видно, что дѣятельность Charing-Cross hospital въ 1884 г. выразилась въ слѣдующихъ цифрахъ: стаціонарныхъ больныхъ = 1,610, амбулаторныхъ = 15,683, всего = 17,293, въ томъ числѣ случайныхъ заболѣваній или случаевъ, нетерпящихъ отлагательствъ (cases of accident and emergency) было 13,360.

Значеніе этого госпиталя — какъ поликлиники.

При такомъ громадномъ числѣ больныхъ съ острыми заболѣваніями или травматическими повреждеціями, больница съ 118 койками, само собою разумѣется, не можетъ удовлетворить требованіямъ; вотъ почему ей приходится, хотя не хотя, лечить амбулаторно и такихъ больныхъ, которые нуждаются даже въ клиническомъ уходѣ.

Кромѣ того, пріемъ больныхъ на постоянную койку въ Charing-Cross hospital производится обыкновенно только разъ въ недѣлю (по вторникамъ) въ часъ дня; за исключеніемъ, разумѣется, случаевъ заболѣванія, нетерпящихъ отлагательствъ. Этотъ modus faciendi, на сколько мнѣ извѣстно, не практикуется въ другихъ клиникахъ Лондона и есть только выраженіе скудости средствъ Charing-Cross hospital.

Внутреннее устройство палатъ не удовлетворяетъ самымъ скромнымъ требованіямъ гигіэны: большинство больничныхъ залъ на столько малы, что въ нихъ съ трудомъ можно помѣстить 15 коекъ, а между тѣмъ я видѣлъ въ нихъ по 20 и болѣе коекъ; всѣ палаты одного этажа смежны между собою, какъ это видно на приложенномъ планѣ хирургическаго отдѣленія (см. рис. 51). Среднимъ числомъ количество пространства на каждую койку приходится не болѣе 1200 куб. ф. (тогда какъ въ другихъ больницахъ Лондона оно равно 2000 и выше). Кромѣ того,

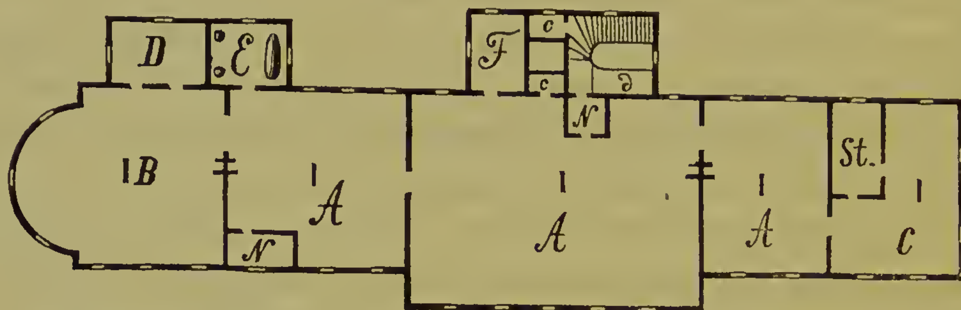
Расположеніе палатъ въ хирургическомъ отдѣленіи.

---

[1]) Всѣ эти свѣдѣнія почерпнуты мною изъ оффиціальнаго отчета: *Sixty-fourth Annual Report of Charing-Cross hospital. London. 1885.*

все зданіе больницы окружено со всѣхъ сторонъ высокими каменными домами. Въ этомъ госпиталѣ, какъ разсказываетъ Опертъ [1]), не разъ уже свирѣпствовалъ эпидемически тифъ до того сильно, что врачи потребовали очистки всего госпиталя.

Рис. 51.



Планъ хирургической клиники *Charing-Cross hospital* въ Лондонѣ. *A*, *A*, *A* — большія сборныя палаты; *B* — операціонный залъ; *C* — палата для оперированныхъ; *D* — сепараціонная палата; *E* — ванная и уборная комната; *F*—кладовая; *N*, *N*—комнаты для дежурной сидѣлки; *St*—лѣстница съ нижняго этажа; *c*, *c*—клозеты; *d*—подъемная машина (lift).

Въ нижнемъ (или parterre) этажѣ зданія расположены прислужбы: кухня, кладовыя и т. п.; въ первомъ этажѣ—администрація больницы и помѣщенія для приходящихъ больныхъ (the out patients' departement); во второмъ этажѣ—женское отдѣленіе; въ третьемъ—мужское и въ четвертомъ полуэтажѣ, называемомъ англичанами «*attics*», помѣщаются койки для больныхъ дѣтскаго возраста. Никакихъ корридоровъ или запасныхъ пространствъ нѣтъ; рѣдко между двумя многолюдными палатами можно видѣть небольшую комнату въ одно окно, имѣющую назначеніе чайной комнаты, въ которой почти безпрерывно топится плита.—Въ хирургической клиникѣ палаты до того низки, что для безпрерывной вентиляціи воздуха окна въ нѣкоторыхъ комнатахъ расположены съ трехъ сторонъ (см. палату С, рис. 51). Изъ одной палаты дверь ведетъ прямо въ операціонный залъ или аудиторію, и другой выходной двери въ ней нѣтъ. Въ этой аудиторіи скамьи для студентовъ расположены амфитеатромъ, но зала низка и не имѣетъ достаточно свѣта, хотя окна пробиты въ трехъ стѣнахъ, (см. В., рис. 51).

Недостатокъ въ преподавателяхъ и учебно-вспомогательныхъ пособіяхъ.

Что касается состава преподавателей этой медицинской школы, то, вообще говоря, онъ бѣденъ силами: такъ, напримѣръ, одинъ изъ клиницистовъ-хирурговъ д-ръ Билэмей (Bellamy) читаетъ студентамъ

---

[1]) См. *Hospitals, Infirmaries and Dispensaries* by Oppert, London 1883, стр. 134.

курсъ описательной и топографической анатоміи; другаго преподавателя для физіологической анатоміи нѣтъ; тоже самое относится къ кафедрѣ патологической анатоміи, которая предоставлена одному изъ терапевтовъ-клиницистовъ — д-ру Грину (Green).—Далѣе, лабораторіи, кабинеты, музеи и тому подобныя учебно-вспомогательныя учрежденія далеко не отвѣчаютъ самымъ скромнымъ требованіямъ современной школы медицины. Уже неоднократно управленіе школы (the staff of the School) заявлено, что помѣщеніе Charing-Cross Medical School не соотвѣтствуетъ числу слушателей: въ 1881 г. число студентовъ было 134, а къ 1884 году оно почти удвоилось=224, между тѣмъ, какъ помѣщеніе остается въ прежнемъ размѣрѣ.

Д-ръ Бэруэлль, какъ операторъ.

Во время моего посѣщенія Charing-Cross hospital въ 1885 г., познакомился съ дѣятельностью старшаго клинициста по хирургіи д-ра Бэруэлля (Richard Barwell), считающагося однимъ изъ лучшихъ операторовъ этой школы и пользующагося почтеннымъ именемъ хирурга среди Лондонскихъ врачей. Во время его клиническихъ бесѣдъ (назвать ихъ «лекціями»—я не рѣшаюсь, ибо въ изложеніи д-ра Бэруэлля нѣтъ никакой системы) аудиторія его относительно немалолюдна: до 20 студентовъ и почти столько же мѣстныхъ врачей, среди которыхъ нерѣдко можно видѣть и людей, убѣленныхъ сѣдинами, приходящихъ сюда полюбоваться искусствомъ рукъ стараго оператора. Помощники д-ра Бэруэлля—исключительно молодые студенты, которые наркотизируютъ больныхъ, перевязываютъ сосуды при операціи, подаютъ инструменты и т. п. — Наркотизація больныхъ здѣсь производится закисью азота способомъ, описаннымъ мною выше (см. главу VII, стр. 222).

Amputatio femoris cum transplantatio patellae.

Наблюденіе XLI. **Amputatio femoris supracondylica cum transplantatione patellae** (по Бэруэллю). Показаніемъ къ операціи служило грибовидное воспаленіе колѣннаго сочлененія у 19-лѣтняго молодаго человѣка, сильно истощеннаго и чахоточнаго тѣлосложенія (habitus tuberculosus).

Техника (25/VI 1885). Никакихъ предварительныхъ мѣръ очищенія операціоннаго поля не было сдѣлано. На больную конечность наложенъ былъ упругій бинтъ Эсмарха. Операторъ произвелъ *двулоскутное сѣченіе,* т. е., на передней поверхности бедра онъ выкроилъ одинъ длинный съ закругленными углами лоскутъ, спускавшійся до cristae tibiae, а на задней поверхности бедра, въ области подколѣнной ямки, онъ очертилъ меньшій, короткій, четырехугольный лоскутъ.

Въ толщу передняго лоскута вошелъ и надколѣнникъ (patella), сочленовная поверхность котораго представлялась на видъ здоровою. Отсепаровавъ оба лоскута вплоть до кости, операторъ спилилъ послѣднюю сперва на высотѣ мыщелковъ бедра; но такъ какъ поверхность распила кости представлялась размягченною и желтоватаго цвѣта, то д-ръ Бэруэллъ сначала выскоблилъ острой ложкой губчатую часть кости, а затѣмъ счелъ нужнымъ вторично спилить послѣднюю въ надмыщелковой линіи (in linea supracondylica), но такъ, что въ составъ обоихъ лоскутовъ вошла и сочная накостница съ нетронутымъ надколѣнникомъ.

По снятіи упругаго бинта, изъ ампутаціонной раны показалось обильное кровотеченіе, которое унялось только послѣ захватыванія въ пинцеты кровоточащихъ сосудовъ; послѣдніе перевязывались струнною нитью (cat-gut).

Обмывъ поверхность раны губкой, смоченной въ 3% растворѣ карболовой кислоты, операторъ вставилъ поперекъ культи толстую дренажную трубку и предоставилъ помощникамъ (студентамъ) зашить рану и наложить соотвѣтственную повязку. Матеріаломъ для шва служила толстая металлическая проволока, а въ составъ повязки вошли слѣдующіе слои: protective silk, нѣсколько комковъ карболизованной марли, толстый пластъ гигроскопической ваты, широкій и толстый слой Листеровской карболизованной марли и поверхъ всего этого—бумазейный бинтъ.

По окончаніи операціи д-ръ Бэруэллъ въ краткихъ словахъ объяснилъ слушателямъ, что оставленіе надколѣнника въ переднемъ лоскутѣ и сохраненіе сочной надкостницы въ окружности распила бедренной кости имѣютъ цѣлью—дать оперированному прочную точку опоры въ вершинѣ культи, что дастъ ампутированному возможность ходить на легкомъ и болѣе удобномъ протезѣ.—Мысль—весьма благовидная, но — нелегко осуществимая! Patella, вслѣдствіе сохраненія цѣлости укрѣпленія extensoris cruris при удаленіи flexorum—будетъ постоянно смѣщаться впередъ и вверхъ; стало быть, она не покроетъ собою поперечный распилъ бедра и, слѣдовательно, не будетъ служить точкою опоры культи.

Arthrotomia genu.

Наблюденіе XLII. Arthrotomia genu. Въ тотъ же день д-ръ Бэруэллъ сдѣлалъ еще другую операцію—вскрытіе колѣннаго сочлененія съ цѣлью удалить инородное хрящеватое тѣло (corpusculum genu, mus articulationis). Еще до наркотизированія больнаго операторъ пред-

ложилъ присутствующимъ врачамъ изслѣдовать область колѣна и прощупать сквозь покровы инородное, свободное тѣло; я лично, къ сожалѣнію, не воспользовался тогда любезнымъ предложеніемъ хозяина и потому теперь не могу сказать—на сколько это ощущеніе было реально.

Техника: Операторъ подъ парами карболовой кислоты сдѣлалъ длинный разрѣзъ вдоль наружнаго края колѣна и разсѣкъ всѣ мягкія части вплоть до серозной поверхности сочлененія; затѣмъ ввелъ указательный палецъ подъ patella, но—инороднаго тѣла не нашелъ; самыя тщательные розыски оказались тщетными: *ничего свободнаго, кромѣ синовіальной жидкости, въ полости колѣна не оказалось.* По предложенію оператора одинъ изъ присутствующихъ гостей также ввелъ въ сочлененіе свой палецъ, но и онъ ничего не могъ отъискать. «Мышь сбѣжала»! сказалъ несмутившійся операторъ и принялся зашивать рану.

До сшиванія краевъ разрѣза онъ предварительно вставилъ въ рану дренажъ (къ чему?), послѣ чего наложилъ металлическій шовъ. Поверхъ колѣна была наложена такая же повязка, какъ въ предъидущемъ случаѣ.

Внимательно слѣдя за манипуляціями д-ра Бэруэлля, я не могу сказать, чтобы антисептика производилась должнымъ образомъ. Такъ, между прочимъ, я видѣлъ, что кусокъ фланели, въ которомъ были воткнуты хирургическія иглы, упалъ на полъ и во время операціи валялся подъ ногами помощниковъ; послѣ того тѣми же иглами, не промывши ихъ даже въ карболовой кислотѣ, одинъ изъ ассистентовъ зашивалъ рану вскрытаго колѣна.

Вообще говоря, ассистенты д-ра Бэруэлля не усвоили себѣ требованій антисептики и, главное, они слишкомъ грубо обходятся съ раною: при зашиваніи ампутаціонной культи въ ранѣ копошились разомъ восемь рукъ.

Третью операцію—вскрытіе зубнаго свища (fistula dentis) у 12-лѣтней дѣвочки—д-ръ Бэруэлль предоставилъ сдѣлать одному изъ молодыхъ врачей (house-surgeons). Сама операція, конечно, не представляла ничего достойнаго описанія, но я присутствовалъ при ней, чтобы еще разъ прослѣдить за эффектомъ наркотизированья закисью азота. Я, sine ira et studio, долженъ сказать, что быстро наступающая асфиксія до того непріятно дѣйствуетъ на посторонняго наблюдателя и такъ сильно угрожаетъ жизни больной, что я считаю неразумнымъ подвер-

гать двѣнадцатилѣтнюю дѣвочку такой опасности для—вскрытія зубнаго свища.

Herniotomia cum Enterorарhia.

Наблюденіе XLIII. **Herniotomia cum enterorарhia.** 20-лѣтній молодой человѣкъ, неимѣвшій въ дѣтствѣ никакой грыжи, какъ-то разъ неожиданно замѣтилъ опухоль въ правомъ боку и мошонкѣ; появленіе этой опухоли сопровождалось чувствомъ боли и подергиванія въ животѣ. Недѣлю спустя больной прыгнулъ съ повозки и непосредственно за этимъ прыжкомъ онъ почувствовалъ острую боль въ правомъ паху и яичкѣ, послѣ чего опухоль въ этой области значительно увеличилась. На этотъ разъ больной уже слегъ; пролежавъ двое сутокъ, онъ пытался взяться за работу, но не былъ въ состояніи этого сдѣлать; нѣкоторое время до поступленія въ больницу больной былъ вынужденъ оставаться въ постели. Испражненія низомъ со дня несчастнаго прыжка не было.

При изслѣдованіи больнаго д-ромъ Бэруэллемъ найдено: пульсъ учащенъ и слабъ; кожа на ощупь холодна и влажна; крайняя чувствительность въ области мошонки, праваго паха и въ окружности пупка; ни рвоты, ни икоты у больнаго не было. Грыжевая опухоль рѣзко выдавалась въ области праваго паховаго канала и мошонки; она была сильно напряжена и весьма чувствительна; кожа на ней представлялась красною.

Техника: Операторъ немедленно приступилъ къ *грыжесѣченію:* a) разрѣзавъ однимъ ударомъ покровы, онъ *обнажилъ грыжевой мѣшокъ* и широко расщепилъ его; тогда глазамъ представилась напряженная и застойная (congested) кишечная петля, лежавшая въ непосредственномъ соприкосновеніи съ яичкомъ. Нижнее паховое кольцо (annulus inferior s. externus) представлялось значительно расширеннымъ, но кишечная петля не вправлялась; б) тогда операторъ *разсѣкъ нижнее кольцо* и вошелъ въ паховой каналъ указательнымъ пальцемъ; къ удивленію своему, онъ не нашелъ укороченія канала, какъ это бываетъ при большихъ грыжахъ; а въ данномъ случаѣ паховой каналъ представлялся удлиненнымъ и имѣлъ косвенное направленіе—вверхъ и кнаружи. Немного выше нижняго кольца на ущемленной петлѣ замѣтна была болѣе темная поперечная полоса, которая, при внимательномъ осмотрѣ, оказалась трещиной длиною въ 1/2 дюйма, съ неровными краями на слизистой оболочкѣ, послѣдняя представлялась мѣстами изъязвленною. Обмывъ грыжу губкой, смоченной въ 5% растворѣ карболовой кислоты, в) д-ръ Бэруэллъ *разсѣкъ нѣсколько* соеди-

нительно-тканныхъ *перемычекъ* въ самомъ каналѣ *и надрѣзалъ сильно напряженный край верхняго паховаго канала;* короче, онъ произвелъ такъ назыв. *herniotomiom internam*. Теперь оператору удалось вытащить петлю къ себѣ и подвергнуть ее болѣе тщательному осмотру. Найдя состояніе кишки еще удовлетворительнымъ, онъ г) *зашилъ разрывъ кишки Лембертовскимъ швомъ изъ струнной нити*, причемъ стежки накладывалъ такъ, что иглой захватывались брюшинный и отчасти только мышечный слои; швы проводились на нѣкоторомъ протяженіи отъ разрыва, благодаря чему вся конгестивная часть кишечника была введена въ полость кишки; затѣмъ онъ вправилъ кишку обратно въ брюшную полость, однакоже такъ, что надорванное мѣсто петли оставалось въ самомъ входѣ канала. Не зашивая разрѣза наружныхъ покрововъ, д-ръ Бэруэлль покрылъ рану кускомъ protective-silk и толстымъ слоемъ карболизованной марли. Внутрь оперированному назначено было по $^1/_2$ грана опія чрезъ каждые 4 часа.

Послѣоперацiонное теченіе. До 4 дня самочувствіе больнаго было удовлетворительно (37,6° Ц.); по снятіи первой повязки мѣсто надъ разрывомъ кишки представлялось покрытымъ бѣлымъ палетомъ (a layer of lymph, «слой лимфы» какъ выражаются англичане). На 7-й день t° поднялась до 102,4° Ф. (39° Ц.). При изслѣдованіи раны оказалось, что мошонка напряжена и въ одномъ изъ угловъ раны скопилось немного темной крови; немедленно былъ сдѣланъ разрѣзъ на мошонкѣ и небольшое количество жидкой крови было выпущено. Наконецъ, на 8-й день t° пала до нормы, а состояніе раны и самочувствіе больнаго обѣщали полный успѣхъ.

Я долженъ замѣтить, что на этотъ разъ д-ръ Бэруэлль провелъ операцію болѣе антисептически, нежели въ предшествовавшихъ двухъ операціяхъ.

Этотъ случай представляетъ, съ клинической стороны, много загадочнаго: если предположить, что разрывъ кишки произошелъ въ моментъ прыжка съ повозки и ущемленія грыжи, какъ это думаетъ Бэруэллъ, то трудно себѣ объяснить отсутствіе общаго перитонита въ теченіи всего времени болѣзни до поступленія въ клинику и, главное, отсутствіе каловыхъ массъ въ грыжевомъ мѣшкѣ. — Не логичнѣе ли будетъ допустить, что, вслѣдствіе неполнаго ущемленія кишечной петли у верхняго паховаго кольца, стѣнки нижележащей части кишки отъ постояннаго напряженія газами до того истончились, что въ этомъ мѣстѣ

Клиническій разборъ даннаго случая.

развилась ограниченная (точечная) гангрена, давшая поводъ къ образованію вышеописанной трещины въ моментъ операціи или короткое время до операціи. Съ удаленіемъ причины ущемленія, т. е., послѣ разрѣза внутренняго паховаго кольца, сдѣланнаго при операціи, кровообращеніе возстановилось и, такимъ образомъ, гангрена не распространялась болѣе, а ограничилась мѣстомъ петли, гдѣ былъ наложенъ шовъ. Только при такомъ предположеніи можно себѣ объяснить появленіе скопища жидкой крови на 7-й день послѣ операціи, что, по моему мнѣнію, ничто иное, какъ отдѣлившаяся размягченная часть гангренознаго участка кишки.

Чтоже касается до оперативной стороны описаннаго случая, то онъ показываетъ, что *при извѣстныхъ условіяхъ и при тщательной антисептикѣ enterorapkia показуема даже при омертвѣніи ущемленной грыжи* [1]. Почти такое-же мнѣніе я высказалъ въ печати еще въ 1882 г. [см. *Случай резекціи кишечника при Anus praeternaturalis* [2]].

Оцѣнка хирургической дѣятельности Бэруэлля.

Эти нѣсколько оперативныхъ случаевъ, я полагаю, могутъ отчасти дать читателю представленіе о дѣятельности д-ра Бэруэлля, какъ о хирургѣ вообще и операторѣ въ особенности. Мы не станемъ сомнѣваться въ томъ, что такой хирургъ-практикъ, какимъ намъ представился д-ръ Бэруэлль за операціоннымъ столомъ, можетъ служить весьма полезнымъ дѣятелемъ для госпиталя; его опытная, ловкая рука уже много лѣтъ оказываетъ хирургическую помощь страждующему люду и, быть можетъ, не одинъ десятокъ травматическихъ повреждeній, угрожавшихъ жизни рабочихъ, окончился благополучно для послѣднихъ, благодаря искусству рукъ д-ра Бэруэлля. Но видѣть въ этомъ дѣятелѣ представителя школы или просто научнаго руководителя учащихся—весьма трудно. Подобныя клиническія бесѣды, какія мнѣ приходилось слушать изъ устъ д-ра Бэруэлля, по моему мнѣнію, не приносятъ никакой пользы молодымъ студентамъ описываемой школы; въ нихъ нѣтъ даже клиническаго разбора status praesentis даннаго случая или логической постановки діагноза болѣзни, или, наконецъ, въ этихъ бесѣдахъ преподаватель даже не указываетъ мотивовъ, по-

---

[1]) См. «Врачъ», 1882 г., № 20.

[2]) Въ 1888 г. проф. Косинскому пришлось сдѣлать грыжесѣченіе, причемъ ущемленная петля мѣстами была покрыта сухимъ гангренознымъ струпомъ; операторъ наложилъ матрацный швъ на это мѣсто и ввелъ кишку въ полость живота. Больной выздоровѣлъ.

буждающихъ его предпринять тотъ, а не другой способъ леченія. — Короче, д-ръ Бэруэлль—опытный госпитальный врачъ, но не представитель кафедры современной хирургіи.

Впрочемъ, въ томъ же Charing-Cross hospital работаетъ еще другой хирургъ, д-ръ Билэмей (Bellamy), который, помимо клиники, занимаетъ еще кафедру по описательной и топографической анатоміи. Въ дѣятельности этого клинициста проглядываетъ больше современности, а главное, больше преподавательской способности, въ чемъ читатель легко убѣдится по слѣдующимъ оперативнымъ случаямъ:

Lithotomia perinealis и Cystotomia suprapubica, по Билэмею.

Наблюденіе XLIV. **Lithotomia perinealis et Cystotomia suprapubica** [1]. Молодой 23-лѣтній врачъ, страдавшій непроходимымъ съуженіемъ мочеваго канала и мочево-пузырнымъ камнемъ, обратился къ д-ру Билэмею за оперативною помощью. Послѣдній нашелъ, что камнедробленія невозможно сдѣлать потому, что не только литотриптора, но и обыкновеннаго зонда нельзя было провести въ мочевой пузырь. Поэтому операторъ на этотъ разъ (15/VII 1885) былъ вынужденъ предпринять камнесѣченіе по древнему способу Цельса (такъ назыв. apparatus minor), именно: онъ ввелъ указательный палецъ въ прямую кишку и при помощи его выпиралъ камень къ промежности; затѣмъ ухвативъ его пальцами сквозь покровы, разсѣкъ всѣ мягкія части промежности вплоть до камня; такимъ образомъ ему удалось извлечь большой камень вѣсомъ въ нѣсколько унцій; другихъ сростковъ въ мочевомъ пузырѣ не было найдено.

Но нѣкоторое время спустя мучительные припадки каменной болѣзни возвратились и больной, будучи самъ врачемъ, слишкомъ часто прибѣгалъ къ большимъ пріемамъ опія и морфія, что еще болѣе усложняло дѣло пользовавшаго его врача. Д-ръ Билэмей принялъ его въ госпиталь и 15/III 1886 рѣшился предпринять вторично камнесѣченіе. На этотъ разъ оперируемый былъ подвергнутъ самому тщательному обеззараживанію: мочевой пузырь былъ нѣсколько разъ промытъ растворомъ борной кислоты и помощью той же жидкости пузырь растягивался непосредственно до операціи. Въ прямую кишку операторъ ввелъ колпейринтеръ Томсона. Затѣмъ онъ а) *провелъ по средней линіи живота разрѣзъ* надъ лоннымъ сращеніемъ (*sectio suprapubica)* и, послойно углубляясь въ полость брюха, б) *обнажилъ перед-*

---

[1] Charing-Cross hospital. *Suprapubic Cystotomy* (см. «Lancet» 2/VI 1888, стр. 1075).

нюю стѣнку мочевого пузыря непосредственно надъ лономъ; помощью двухъ нитей, проведенныхъ чрезъ стѣнку пузыря, помощникъ фиксировалъ послѣдній въ то время, какъ операторъ *разсѣкалъ его продольно на протяженіи двухъ дюймовъ;* затѣмъ Билэмей в) *ввелъ указательный палецъ и прощупалъ* большой *камень, который былъ осумкованъ* «pouched» въ передней стѣнкѣ мочеваго пузыря, скрывавшейся за лоннымъ сращеніемъ; г) этотъ *камень операторъ извлекъ литотомическими щипцами.* Промывъ еще разъ весьма тщательно поле операціи растворомъ борной кислоты, д-ръ Билэмей пришилъ наружную поверхность передней стѣнки пузыря къ краямъ раны живота; оставивъ рану vesicae urinariae несшитой, онъ вставилъ въ нее дренажную трубку. Наконецъ, провелъ въ мочеиспускательный каналъ узенькій гибкій катетеръ и помощью резиноваго рукава соединилъ послѣдній съ мочепріемникомъ.

Удаленный камень вѣсилъ свыше двухъ англійскихъ унцій; поверхность его состояла изъ фосфатовъ, а внутренніе слои—изъ мочекислыхъ солей.

Рана протекала почти безлихорадочно: ни разу t° не подымалась выше 100° Ф. (37,7° Ц.) и больной въ скорости выписался изъ клиники съ вполнѣ зажившею раною какъ мочеваго пузыря, такъ и стѣнки живота.

При клиническомъ разборѣ даннаго случая, д-ръ Билэмей выставилъ, между прочимъ, слѣдующіе мотивы, побудившіе его прибѣгнуть къ высокому камнесѣченію: 1) зная утолщеніе стѣнокъ пузыря изъ первой операціи, онъ считалъ нужнымъ избѣгать вторичнаго сѣченія промежностной области; 2) при двадцати-трехлѣтнемъ возрастѣ, *cystotomia suprapubica, по мнѣнію* Билэмея, *составляетъ самое раціональное средство избавиться отъ камня мочеваго пузыря;* 3) въ техническомъ отношеніи *высокое камнесѣченіе есть наименѣе сложная операція*, нежели всѣ прочіе способы литотомій. Наконецъ, 4) открытый способъ леченія раны пузыря, послѣ тщательнаго сшиванія его стѣнки съ краями раны живота и при соблюденіи строгой антисептики, гарантируетъ хирургу полный успѣхъ, а больнаго эта мѣра ограждаетъ отъ всякихъ случайностей.

Случай этотъ я привелъ отчасти и потому, чтобы указать читателю, что и въ Англіи начинаютъ теперь высказываться голоса въ пользу высокаго камнесѣченія. У насъ этотъ вопросъ былъ поднятъ еще въ семидесятыхъ годахъ, послѣ появленія диссертаціи д-ра В. В. Мак-

симова: *Опыты примѣненія струнныхъ нитей при эпицистотоміи* (Спб. 1876) и съ того времени онъ не перестаетъ быть предметомъ научной разработки какъ въ лабораторіяхъ по экспериментальной патологіи [1]), такъ и въ клиникахъ и преимущественно въ провинціальныхъ больницахъ [2])

Для насъ описанный случай имѣетъ еще и тотъ интересъ, что открытая мочево-пузырная рана можетъ протекать совершенно безгнилостно, если настойчиво и строго примѣнять обеззараживающія средства, какъ борная и карболовая кислота; но заживленіе раны въ данномъ случаѣ произошло «вторымъ натяженіемъ», т. е., путемъ образованія грануляцій, что нельзя назвать идеальнымъ заживленіемъ раны.

Наблюденіе XLV. Resectio maxillae superioris [3]). Больной—кирпичникъ 47 л., хорошаго тѣлосложенія, но съ блѣдными покровами. На лѣвой половинѣ верхней челюсти замѣчалась большая опухоль, которая выпячивала щеку и покрывала собою лѣвую половину твердаго и мягкаго нёба въ видѣ грибовиднаго нароста, мѣстами изъязвленнаго и издающаго весьма зловонный запахъ. Вообще все новообразованіе представлялось мягкимъ съ вывороченными краями. Указательнымъ пальцемъ нельзя было опредѣлить задней границы новообразованія; спереди же видно было, что опухоль обнимаетъ зубной отростокъ (processus alveolaris) челюсти и переходную складку слизистой оболочки щеки; на послѣдней она представлялась въ формѣ голубинаго яйца и тѣсно сросталась съ мышцами щеки; кожа надъ опухолью была мало-подвижна. Одна оплотнѣвшая лимфатическая желѣзка ощущалась подъ нижнею челюстью той же стороны, а другая—по srединѣ затылка.—Діагнозъ—*epithelioma malignum*, которая въ послѣднее

Resectio maxillae superioris.

---

[1]) Знаменскій. *Die Bildung von Harnconcrementen nach partieller Harnblasenwandresection* (Langenbeck's Archiv т. XXXI, стр. 599).—Н. В. Склифосовскій. *Шовъ мочеваго пузыря при надлобковомъ сѣченіи* («Врачъ», 1887 г. № 10).

[2]) Макавѣевъ. *10 случаевъ высокаго камнесѣченія* («Мед. Вѣстникъ», 1879, №№ 23 и 31 и «Врачъ», 1884, №№ 12 и 13).—Головачевъ. *Къ вопросу о высокой литотоміи* («Мед. Обозрѣніе», 1884 г., № 1). — Родзевичъ. *65 случаевъ высокаго камнесѣченія въ Россіи* («Земская Медицина», №№ 8, 9, 10, 1885 г.). — Иршикъ. *О 59 случаяхъ высокаго камнесѣченія у дѣтей* (см. Проток. II съѣзда русскихъ врачей въ Москвѣ 1887).—Ассендельфтъ. *Отчетъ о 74 высокихъ камнесѣченіяхъ, произведенныхъ въ селѣ Ветошкинѣ* (См. «Врачъ», 1887 г., № 16 и друг.).

[3]) Charing-Cross hospital. *Epithelioma of superior maxilla* under the care of M-r. Bellamy («Lancet» 2/VI 1888, стр. 1075).

время стала быстро разростаться и потому д-ръ Билэмей рѣшился приступить *къ полному удаленію половины верхней челюсти.*

Техника. Больной запаркотизированъ. Первый моментъ этой типической операціи д-ръ Билэмей произвелъ по Листону или Ферьюссону, т. е., воткнувъ верхушку ножа у наружнаго конца нижняго края глазницы, онъ провелъ его по границѣ нижняго вѣка къ внутреннему углу глаза, отсюда по носо-щечной ложбинѣ внизъ, далѣе обогнулъ крыло носа и разсѣкъ верхнюю губу по рединѣ. Очерченный такимъ образомъ широкій лоскутъ онъ отдѣлилъ отъ подлежащихъ костей и запрокинулъ его назадъ. Второй моментъ операціи—разъединеніе верхней челюсти съ сосѣдними костями — операторъ сдѣлалъ помощью прирѣзныхъ костныхъ щипцовъ: сначала онъ разсѣкъ скуловую дугу, расщепилъ носовой отростокъ, отдѣлилъ мягкія части отъ зубнаго отростка и разъединилъ обѣ половины челюсти. Затѣмъ онъ ухватилъ резецируемую кость въ щипцы и рычагообразными движеніями выломалъ ее изъ связей съ крыловидными отростками основной кости; при этомъ верхняя челюсть легко ломалась, такъ что ее приходилось удалять не цѣликомъ, а частями; кровотеченія обильнаго не было. По удаленіи кости, операторъ внимательно осмотрѣлъ мягкія части щеки, откуда онъ еще вылущилъ наростъ, величиною въ сливу. Кровоточивые сосуды перевязывались струнною нитью; вся поверхность раны посыпалась порошкомъ іодоформа; края разрѣзовъ кожи сшивались узловатымъ швомъ. Поверхъ раны наложена была антисептическая (карболизованная) повязка.

Послѣоперационное теченіе. Первая повязка смѣнялась на третій день; рана была безболѣзненна, что д-ръ Билэмей приписываетъ анэстезирующему дѣйствію іодоформа. Къ вечеру втораго дня t^0 поднялась выше 39,5° (C) = 103,6° (F), но къ вечеру третьяго дня она упала до 100,6° (F) = 38° (C). Больнаго кормили жидкою пищею. Къ концу второй недѣли наружная рана представлялась зажившею, а со стороны полости рта видны были пышныя грануляціи, исходящія изъ основной кости, t^0 = 98,2 (F) = 37° (C); пульсъ = 80, полный и сильный. Но, вообще говоря, операціонная рана долгое время гноилась и только къ концу 6-й недѣли больной могъ выписаться изъ клиники.

Оцѣнка дѣятельности Билэмея. Описанные два случая изъ практики Билэмея не представляютъ собою ничего особеннаго въ клиническомъ отношеніи; а въ оператив-

помъ — они для насъ интересны по стольку, по скольку по нимъ позволительно судить о технической способности оператора.

Д-ръ Билэмей, какъ ученикъ англійской школы хирургіи, придерживается болѣе классическихъ способовъ операціи: онъ не признаетъ нужнымъ накладывать пузырный швовъ при cystotomia, или резецировать верхнюю челюсть долотомъ потому, во-первыхъ, что эти мѣры не были употребляемы ни Листономъ, ни Ферьюссономъ, а во-вторыхъ, и безъ этихъ техническихъ усовершенствованій послѣоперадіонныя раны протекали вполнѣ удовлетворительно. Но противъ такого отсталаго взгляда д-ра Билэмея и многихъ другихъ изъ современныхъ клиницистовъ Англіи можно привести множество однородныхъ наблюденій изъ германскихъ и русскихъ клиникъ, по которымъ видно, что примѣненіе тѣхъ или другихъ усовершенствованій въ оперативной техникѣ, (какъ, напримѣръ, замѣна щипцовъ долотомъ Мэкъ-Юэна, при резекціи верхней челюсти) не только облегчаетъ производство операціи, но значительно укорачиваетъ послѣоперадіонное теченіе раны [1]). Далѣе, д-ръ Билэмей утверждаетъ, что онъ примѣняетъ антисептику; однакоже, по приведеннымъ двумъ случаямъ видно, что раны заживали путемъ нагноенія, хотя и безъ всякихъ дурныхъ осложненій.

Эти краткіе очерки двухъ главныхъ дѣятелей Charing-Cross hospital, я полагаю, вполнѣ ясно подтверждаютъ вышеприведенное мнѣніе о роли этой школы въ прогрессѣ современной хирургіи.

Для большей полноты описанія Charing-Cross Medical School я, по примѣру прежнихъ очерковъ, приведу здѣсь краткія біографическія и библіографическія свѣдѣнія о представленныхъ выше двухъ дѣятеляхъ описываемой школы.

I. Barwell (Richard) воспитывался въ St. Thomas Medical School, гдѣ онъ окончилъ курсъ въ 1848 г.; членомъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» (F. R. C. S.) онъ признанъ былъ въ 1852 г. Практическую свою дѣятельность д-ръ Бэруэлль началъ въ St. Thomas hospital въ роли младшаго ординатора (house-surgeon) и демонстратора по анатоміи; позднѣе онъ принялъ кафедру по описательной и хирургической анатоміи въ медицинской школѣ Charing-Cross hospital, гдѣ онъ по-нынѣ состоитъ въ должности старшаго хирурга (senior surgeon) и

---

[1]) См. ниже Часть II. Германскія школы. Наблюденія изъ клиники Фолькмана въ Галле.

клинициста. Изъ литературныхъ трудовъ д-ра Бэруэлля можно указать на слѣдующіе:

1) «*Diseases of the joints*» (Болѣзни суставовъ).

2) «*Cure of clubfoot without cutting tendons*» (О леченіи косолапости безъ перерѣзки сухожилій). Въ главѣ XIV я представляю нѣкоторыя ортопедическія изобрѣтенія д-ра Бэруэлля.

3) «*Causes and treatment of lateral curvature of the spine*» (Причины и леченіе боковыхъ искривленій позвоночника).

4) «*Aneurism, especially at the root of the neck*» [Объ аневризмахъ, въ особенности у корня шеи [1])].

5) «*Inflammation and ulceration of cartilages*» (О воспаленіи и изъязвленіи хрящей).

6) «*On osteitis*» [О воспаленіи костей [2])].

7) «*Lectures on infantile paralysis*» (Лекціи о дѣтскомъ параличѣ).

Новѣйшія литературныя работы д-ра Бэруэлля, помѣщенныя на страницахъ «The Lancet» и «Medical Times», касаются преимущественно оперативныхъ случаевъ, имѣющихъ лишь казуистическій интересъ. Изъ этого перечня выдающихся работъ д-ра Бэруэлля видно, что въ началѣ своей клинической дѣятельности онъ преимущественно занимался патологіею сочлененій, что въ 60-хъ годахъ служило широкимъ полемъ научныхъ изслѣдованій. Всѣ новѣйшіе вопросы по клинической хирургіи или хирургической патологіи, какъ значеніе антисептики въ хирургической практикѣ или о сущности воспалительныхъ процессовъ въ костяхъ и тому подобные вопросы — никогда не затрогивались этимъ хирургомъ-практикомъ.

II. Bellamy (Edward) воспитывался въ King's College, откуда вышелъ со званіемъ хирурга въ 1863 г.; четыре года спустя онъ былъ избранъ членомъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи» (F. R. C. S. E.) Прежде д-ръ Билэмей служилъ демонстраторомъ по анатоміи въ King's College; затѣмъ онъ читалъ лекціи по тому же предмету артистамъ Кензингтонскаго института; наконецъ, онъ получилъ каѳедру по описательной и хирургической анатоміи въ школѣ Charing-Cross hospital, гдѣ онъ, вмѣстѣ съ тѣмъ, читаетъ лекціи по клинической хирургіи. Изъ его ученыхъ трудовъ укажемъ на слѣдующіе:

---

[1]) Перечисленныя четыре работы были помѣщены въ *Intern. Encyc. Surgery.*

[2]) Пятая и шестая работы напечатаны *B. F. Med. Chir.-Revue.*

1) Переводъ съ нѣмецкаго: «*Topographische Anatomie nach Aufnahmen an gefrorenen Leichen*», соч. C. Braune.

2) «*The students guide to surgical anatomy*» (Руководство по хирургической анатоміи для студентовъ) London, 1887, третье изданіе.

3) «*Clinical lectures on the fasciae*» [Клиническія лекціи о фасціяхъ [1])].

4) «*Trephining in traumatic epilepsy*» [О трепанаціи черепа при травматической эпилепсіи [2])].

5) «*Injuries and diseases of the lymphatics*» [О поврежденіяхъ и болѣзняхъ лимфатическихъ путей [3])].

6) «*Axilla, Axillary artery, Schoulder, Scapula*» [4]).

7) «*On excision of the scapula*» (О резекціи лопатки).

8) «*Case of aneurism of the innominate treated by digital pressure*» [Случай аневризмы безъимянной артеріи, излеченный перстнымъ давленіемъ [5])].

Замѣтимъ, оба представителя хирургическихъ кафедръ въ Charing-Cross Medical School получили свое медицинское образованіе не въ этой послѣдней школѣ — одинъ воспитывался въ St. Thomas's, а другой въ King's College. Обыкновенно контингентъ преподавателей въ англійскихъ медицинскихъ школахъ составляется изъ воспитанниковъ той же школы, напр., St. George's, Guy's, University колледжи и друг. Не можетъ ли и этотъ фактъ служить доказательствомъ тому, что научный цензъ Charing-Cross Medical School стоитъ еще на весьма низкомъ уровнѣ?!

Литературные источники:

1) *Sixty-fourth annual report of Charing-Cross hospital.* London 1885 (Оффиціальное изданіе).
2) Oppert. *Hospitals, Infirmaries and Dispensaries.* London 1883.
3) *Suprapubic Cystotomy* («The Lancet» 1888. 2. VI).
4) *Epithelioma of superior maxilla onder the care of* Bellamy (Тамъ-же).

---

[1]) *Med. Times and Gazette.* 1879.
[2]) *Clin. Soc. Trans.* 1880.
[3]) *Intern. Encycl. of Surgery.*
[4]) Статьи въ Heath's *Diction. of Surgery.*
[5]) Обѣ послѣднія работы помѣщены въ газетѣ «*Lancet*» 1880.

ГЛАВА XIII.

St. Peter's hospital — спеціальная больница мочеполовыхъ органовъ. О назначеніи спеціальныхъ больницъ Лондона вообще.—St. Peter's hospital, какъ спеціальная больница для страдающихъ мочеполовыми органами.—Внутреннее устройство, его порядки, врачебный персоналъ и статистическія свѣдѣнія о контингентѣ больныхъ St. Peter's hospital.—Коллекція камней, извлеченныхъ изъ мочеваго пузыря. *Urethrotomia duplex, Excisio condylomatum penis, Extirpatio glandul. lymphat.,* какъ примѣры оперативной техники д-ра Коульсона. - *Litholapaxia* по Бигелоо, произведенная Гейкокомъ.—Аспираторъ Томсона.—Отчетъ St. Peter's hospital за 1884 г.—Статистика камнесѣченія и камнедробленія.—Отсутствіе «высокаго камнесѣченія» въ оперативной дѣятельности St. Peter's hospital.—Оправдываетъ ли свое назначеніе описываемый госпиталь? — Краткія библіографическія свѣдѣнія о Коульсонѣ. — Литературные источники.

Нѣчто о спеціальныхъ больницахъ.

Въ первой главѣ предлежащей книги я, при описаніи общаго строя больничнаго дѣла въ Англіи, указалъ, между прочимъ, и на то, что въ Великобританіи вообще, а въ Лондонѣ въ особенности ежегодно открываются новыя больницы, предназначенныя спеціально для какой-либо опредѣленной формы болѣзни. Къ числу такихъ *спеціальныхъ больницъ* принадлежитъ: *hospital for consumption* [1]) (для чахоточныхъ), *hospital for cancer* [2]) (для больныхъ, страдающихъ раковымъ новообразованіемъ и не желающихъ прибѣгать къ помощи хирургическаго ножа (without having recourse to the knife); *St. Mark's hospital for fistula* [3]) (для страдающихъ свищами и другими болѣзнями прямой кишки); *St. Peter's hospital for stone* [4]) (для страдающихъ каменною болѣзнью мочеваго пузыря); *Royal Orthopoedic hospital* [5]). Королев-

[1]) Brompton S. W.

[2]) Osnaburgh Str. Regent's park. N. W.

[3]) City Road. E. C.

[4]) Henrietta Str. Covent-Garden. W. C.

[5]) Oxford Str. Hanover Sq. W.

ская ортопедическая больница предназначена исключительно для леченія косолапости (club-foot) и искривленія позвоночника и мн. друг.

Во время моихъ экскурсій по англійскимъ клиникамъ и больницамъ я счелъ нужнымъ познакомиться съ двумя послѣдними изъ названныхъ мною спеціальныхъ больницъ—St. Peter's и Royal Orthopaedic hospitals, имѣющими тѣсное отношеніе къ клинической хирургіи.

Хотя обѣ названныя больницы не носятъ на себѣ печати клиники въ томъ смыслѣ, какъ это понимается у насъ въ Россіи, но, тѣмъ не менѣе, контингентъ больныхъ этихъ общественныхъ учрежденій можетъ служить научнымъ матеріаломъ для учащихся и молодыхъ врачей, какъ это гласитъ слѣдующая надпись въ St. Peter's hospital: *the practice of the hospital is open to all students and members of the profession»* (практика въ этомъ госпиталѣ доступна всѣмъ студентамъ и членамъ медицинской профессіи). Въ виду всего сказаннаго, я намѣренъ представить здѣсь краткое описаніе внутренняго устройства этихъ двухъ спеціальныхъ больницъ Лондона и выяснить значеніе ихъ во врачебно-образовательномъ отношеніи вообще и въ практической хирургіи въ особенности.

St. Peter's hospital, основанный въ 1860 г., предназначенъ для взрослыхъ и дѣтей обоего пола, страдающихъ камнемъ въ мочевомъ пузырѣ или другими болѣзнями мочеполовыхъ органовъ. Назначенія этого учрежденія суть: 1) доставлять больничный уходъ, по возможности, наибольшему числу бѣдныхъ безъ всякихъ рекомендательныхъ писемъ (without a letter of recommendation). 2) Собрать значительное число случаевъ каменной болѣзни при условіяхъ, благопріятныхъ для научныхъ наблюденій и, такимъ путемъ, способствовать изученію этого страданія. 3) Предоставить больнымъ, страдающимъ каменною болѣзнью, наилучшія средства вполнѣ избавиться отъ камня и при наименьшей опасности угрожающей жизни больнаго (with the least possible danger the life of the patient) и, если возможно, *замѣнить камнесѣченіе камнедробленіемъ.*

Назначеніе St. Peter's hospital.

Я не безъ умысла представилъ дословный переводъ этихъ трехъ пунктовъ, заимствованныхъ мною изъ регламента этой больницы. По нимъ уже читатель видитъ, что *въ Лондонѣ учреждаются больницы съ спеціальною цѣлью изучить тотъ или другой способъ леченія какой либо опредѣленной болѣзни.* Такъ, между прочимъ, St. Peter's hospital прямо заявляетъ всенародно, что онъ признаетъ за *литотритіей* больше правъ гражданства въ современной хирургіи,

нежели за литотоміей, ибо первое средство гарантируетъ больному совершенное выздоровленіе (accomplishing its removal) при наименьшемъ рискѣ. Дѣйствительно, при осмотрѣ богатой коллекціи извлеченныхъ камней мочеваго пузыря St. Peter's hospital, я видѣлъ въ витринахъ несравненно большее число препаратовъ мелко раздробленныхъ камней, нежели цѣльныхъ объектовъ, произведенныхъ литотоміей.

Внутреннее устройство и порядки этой больницы.

Описываемый госпиталь имѣетъ всего для стаціонарныхъ больныхъ 15 коекъ, изъ нихъ три платныя, прочія койки предоставляются больнымъ-неимущимъ и безъ всякихъ рекомендаціонныхъ билетовъ (tickets of admission). Кромѣ того, въ этой больницѣ имѣется обширное помѣщеніе для амбулаторнаго пріема больныхъ; число послѣднихъ за 1884 годъ доходило до 3,964 человѣкъ, сдѣлавшихъ 29,089 посѣщеній; число же коечныхъ больныхъ за тотъ же періодъ времени равнялось 232. Годовой бюджетъ этого учрежденія за 1884 равнялся 2,520 ф. с. или свыше 25,000 руб.

St. Peter's hospital есть общественное учрежденіе и существуетъ только на счетъ частныхъ добровольныхъ пожертвованій, хотя въ спискѣ его почетныхъ членовъ можно встрѣтить имена многихъ принцевъ, графовъ и знатныхъ лордовъ.

Врачебный персоналъ этой больницы составляютъ старшій хирургъ— Вальтеръ Коульсонъ (Walter Coulson), три хирурга (младшихъ) для завѣдыванія амбулаторнымъ пріемомъ, и одинъ врачъ, завѣдующій отдѣленіемъ съ постоянными койками (такъ назыв. resident-medical officer); эту должность въ 1885 г. занималъ д-ръ Генри Сзорнтонъ (Henry Thornton), благодаря любезности котораго я имѣлъ возможность не только познакомиться съ порядками этого учрежденія, присутствовать нѣсколько разъ при операціяхъ, но и получить нѣсколько годовыхъ отчетовъ, которые теперь мнѣ послужатъ матеріаломъ для нѣкоторыхъ научныхъ выводовъ.

Всѣ упомянутыя лица служатъ безвозмездно, а старшій хирургъ, д-ръ Вальтеръ Коульсонъ еще вноситъ ежегодно 50 ф. ст. (500 руб.) въ формѣ пожертвованія; тѣмъ не менѣе, врачебная дѣятельность въ названномъ госпиталѣ идетъ образцево: ежедневно, кромѣ воскресенья, принимается до 90 человѣкъ приходящихъ больныхъ; разъ въ недѣлю, обыкновенно по средамъ, производится нѣсколько операцій на мочеполовыхъ органахъ, въ присутствіи всѣхъ врачей, числящихся въ этой больницѣ; наконецъ, ежедневно одинъ изъ врачей St. Peter's hospital ординируетъ въ отдѣленіи стаціонарныхъ больныхъ.

Больница помѣщается въ четырехэтажномъ зданіи обыкновенной лондонской конструкціи — въ узкомъ и высокомъ домѣ. Два нижнихъ этажа отведены подъ канцелярію и амбулаторный пріемъ больныхъ, преимущественно оперированныхъ; наконецъ, въ самомъ верхнемъ этажѣ находятся операціонный залъ, врачебный кабинетъ и квартира для старшей сестры милосердія (lady superintendent).

Вообще внутреннее устройство этой больницы напоминаетъ собою французскій «maison de santé» или наши лучшія частныя лечебницы съ постоянными койками. Больничная прислуга преимущественно женская.

Коллекція извлеченныхъ камней.

Операціонный залъ представляетъ собою обыкновенную обширную комнату, въ потолкѣ которой находится «фонарь»; по стѣнамъ этой комнаты разставлены витрины, въ которыхъ хранятся трофеи операторовъ по каменной болѣзни: въ 1885 г. я видѣлъ здѣсь уже около 400 номеровъ камней, извлеченныхъ изъ мочеваго пузыря. Даже при самомъ бѣгломъ осмотрѣ этой коллекціи бросается въ глаза слѣдующій фактъ: единичные экземпляры цѣльныхъ камней и громадное число бокаловъ, наполненныхъ мелкими осколками или такъ назыв. «пескомъ».

Я позволю себѣ замѣтить, что знаменитый спеціалистъ по каменной болѣзни—профессоръ Генри Томсонъ (Henry Thompson) уже давно оставилъ поприще клиническаго преподавателя и въ настоящее время онъ занимается исключительно консультативною практикой. Поэтому, наиболѣе дѣятельнымъ операторомъ по той же спеціальности въ Лондонѣ считается теперь В. Коульсонъ—старшій хирургъ St. Peter's hospital, съ оперативной дѣятельностью котораго читатель можетъ познакомиться по нижеприведеннымъ наблюденіямъ.

Urethrotomia duplex.

Наблюденіе XLVI. Urethrotomia duplex, произведенная д-ромъ Коульсономъ (15/VII, 1885). Показаніемъ къ операціи служили слѣдующія клиническія явленія: молодой человѣкъ, страдавшій долгое время съуженіемъ мочеиспускательнаго канала, обратился за помощью въ St. Peter's hospital; здѣсь д-ръ Сзорнтонъ съ большимъ трудомъ ввелъ больному весьма тонкій бужъ въ мочевой пузырь; вслѣдъ за этой катетеризаціей у больнаго образовался мочевой *затекъ* (не инфильтратъ), что французы называютъ «tumeur urinaire» (мочевая опухоль); тогда консультантъ больницы, д-ръ Коульсонъ, предложилъ больному операцію—разсѣченіе мочеиспускательнаго канала, къ которой онъ немедленно и приступилъ.

Техника: Больнаго занаркотизировали эфиромъ. Операторъ ввелъ

въ мочеиспускательный каналъ тончайшій бужъ, къ наружному концу котораго онъ привинтилъ уретротомъ Мезоннёва съ подвижнымъ копьевиднымъ ножемъ; затѣмъ онъ сталъ проталкивать, не безъ насилія, уретротомъ впередъ къ пузырю; при этомъ показалось кровотеченіе уже тогда, когда пуговка инструмента проходила только чрезъ губчатую часть (pars spongiosa) мочеиспускательнаго канала. Нажимая перерывисто на пуговку инструмента, операторъ освобождалъ ножъ изъ подъ покрывающаго его щитка и, такимъ образомъ, короткими ударами онъ постепенно разсѣкалъ встрѣчающееся на пути препятствіе. Слѣдя внимательно за движеніемъ инструмента въ рукахъ оператора, я могъ почти безошибочно опредѣлить длину внутренняго разрѣза канала въ 5 сант. Когда д-ръ Коульсонъ прикоснулся шейки пузыря верхушкой уретротома, то онъ послѣдній вывелъ обратно изъ мочеиспускательнаго канала и замѣнилъ его толстымъ металлическимъ катетеромъ. Придавъ больному положеніе *à la taille* (какъ при камнесѣченіи), операторъ сѣлъ лицемъ къ промежности больнаго и обыкновеннымъ брюшистымъ скальпелемъ разсѣкъ снаружи мочеиспускательный каналъ вдоль луковичной и перепончатой частей послѣдняго вглубь до самаго катетера. При этомъ моментѣ операціи кровотеченіе было весьма обильное. Теперь операторъ извлекъ катетеръ изъ мочеваго пузыря, послѣ чего моча струей вытекала чрезъ рану промежности. Оперируемаго промыли губкой, смоченной въ растворѣ карболовой кислоты; кровоточащіе сосуды не перевязывались нитями, а взамѣнъ этого сблизили только бедра больнаго и далеко не въ чистомъ видѣ унесли спящаго больнаго въ палату.

Нѣкоторые выводы.

Изъ этого точнаго описанія того, что было сдѣлано, читатель видитъ: 1) что *мочеиспускательный каналъ былъ дважды разсѣченъ, и внутри и снаружи* larga manu; 2) что *д-ръ Коульсонъ вовсе не опасается раненія луковицы* (bulbus urethrae), поврежденіе которой при уретротоміяхъ причиняло много заботъ первостепеннымъ хирургамъ французской школы, и 3) что *въ St. Peter's hospital антисептика примѣняется въ весьма примитивной формѣ.*

Excisio condylomat. penis.

Наблюденіе XLVII. Excisio condylomatum penis. Въ тотъ же день д-ръ Коульсонъ еще удалилъ множественную сосочковую опухоль, развившуюся на головкѣ половаго органа у молодаго человѣка. Оперируемаго занаркотизировали. Когда praeputium было отвернуто назадъ, то обнаженная головка и внутренняя поверхность залупы представлялись усѣянными небольшими наростами въ формѣ цвѣтной ка-

пусты; особенно много ихъ было вокругъ вѣнчика члена и на уздечкѣ praeputii.—Повидимому, это были доброкачественныя condylomata. Операторъ сталъ кусочками высѣкать это новообразованіе ножницами, причемъ кровь заливала поле операціи; своими неловкими пріемами д-ръ Коульсонъ напоминалъ новичка въ хирургіи: то ножницы высѣкали совершенно здоровыя частицы кожи на головкѣ половаго члена, то брызжущіе сосуды, при разсѣченіи уздечки, заливали кровью глаза оператора и его помощника и т. п., вслѣдствіе чего эта весьма простая операція въ рукахъ д-ра Коульсона требовала добрыхъ полчаса самой хлопотливой работы. Послѣ удаленія всѣхъ наростовъ, кровоточивую поверхность на половомъ членѣ очистили той же губкой, которая употреблялась при предъидущей операціи. Наконецъ, рану посыпали порошкомъ іодоформа и больнаго вынесли въ палату съ губкою покрывавшею половые органы.

Какъ скоро появится рецидивъ этого новообразованія?—трудно предрѣшать; но нетрудно предсказать, что станетъ съ половымъ членомъ оперированнаго, у котораго двѣ тѣсно соприкасающіяся поверхности: головка члена, съ одной стороны, и внутренняя сторона praeputii, съ другой стороны, лишены эпителіальнаго покрова на значительномъ протяженіи. Слѣдуетъ замѣтить, что подъ praeputium ничего инороднаго не было подведено по окончаніи операціи, поэтому названныя двѣ поверхности, по всей вѣроятности, сростутся и, стало быть, у молодаго человѣка можетъ образоваться phimosis.

Наблюденіе XLVIII. Exstirpatio glandularum lymphatic. Третья операція—вылущеніе лимфатическихъ желѣзъ въ паховой области— была выполнена д-ромъ Коульсономъ въ техническомъ отношеніи еще хуже второй. Ему предстояло удалить отвердѣвшіе узлы лимфатическихъ желѣзъ, лежавшихъ поверхностно и свободно въ отношеніи главныхъ стволовъ бедренныхъ сосудовъ. Робкіе разрѣзы толщи кожи и слишкомъ смѣлые удары ножа въ глубинѣ Скарповскаго треугольника вызывали опасеніе со стороны лицъ, окружавшихъ д-ра Коульсона. Когда плотный пакетъ желѣзъ уже былъ вполнѣ обнаженъ, то и тогда неопытная рука оператора разсѣкала ткани ножемъ (а не ножницами); крупныя артеріальныя вѣточки брызгали со всѣхъ сторонъ и обагряли кровью не только оператора и его ближайшихъ помощниковъ, но и лицъ вдали стоявшихъ. Трудно повѣрить, чтобы при такомъ кровотеченіи никто изъ работавшихъ при операціи врачей не догадался торквировать кровоточащіе сосуды торсіонными пинцетами;

Exstirpatio glandularum lymphat.

самъ же операторъ захватывалъ простымъ анатомическимъ пинцетомъ не самый сосудъ, а окружающую его клѣтчатку [1]), вслѣдствіе чего разсѣченныя артеріи брызгали фонтаномъ до тѣхъ поръ, пока онѣ не были затянуты въ лигатурный узелъ. Не менѣе страннымъ для меня было видѣть въ одномъ изъ небѣдныхъ госпиталей Лондона *наложеніе лигатуръ* на артеріи *простыми бумажными нитками.*

По окончаніи операціи правый пахъ больнаго представлялъ собою широкую, синуозную, мѣстами еще кровоточащую поверхность, которую операторъ щедро посыпалъ порошкомъ іодоформа, покрылъ паклей и забинтовалъ.

Litholapaxia, по Бигелоо.

Наблюденіе XLIX. Litholapaxia у женщины, произведенная д-ромъ Гейкокомъ [2]) (15/VII 1885). Больная, 40 лѣтъ отъ роду, уже давно страдаетъ припадками каменной болѣзни; при изслѣдованіи мочеваго пузыря мужскимъ катетеромъ д-ръ Гейкокъ (младшій хирургъ St. Peter's hospital) опредѣлилъ присутствіе камня большихъ размѣровъ, помѣщающагося въ правой половинѣ пузыря; онъ былъ какъ бы фиксированъ, что позволило каждому изъ присутствующихъ при операціи врачей повторить изслѣдованіе катетеромъ и ощупывать камень на томъ же мѣстѣ.

Техника: Занаркотизировавъ вполнѣ больную, операторъ замѣнилъ катетеръ обыкновеннымъ литотрипторомъ Томсона и легкими передвиженіями взадъ и впередъ мужской вѣтви инструмента весьма ловко захватывалъ камни и дробилъ ихъ. Такого рода движенія, какъ выдвиганіе мужской вѣтви, подведеніе женской вѣтви подъ осколокъ камня, ущемленіе послѣдняго среди двухъ захватовъ инструмента, отодвиганіе инороднаго тѣла отъ стѣнокъ пузыря, наконецъ, дробленіе осколка — операторъ производилъ почти безпрерывно въ продолженіи получаса, не вынимая литотриптора изъ полости мочеваго пузыря. Затѣмъ, онъ замѣнилъ камнедробитель толстымъ металлическимъ катетеромъ, клювъ котораго снабженъ широкимъ боковымъ окномъ; къ наружному концу катетера приладилъ Томсоновскій высасывающій снарядъ (aspirator), наполненный тепловатой водой; дѣйствіе этого снаряда не трудно себѣ представить по прилагаемому при семъ рисунку 52. Нажимая на каучуковый балонъ (А) этого снаряда (П), операторъ пов-

Аспираторъ Томсона.

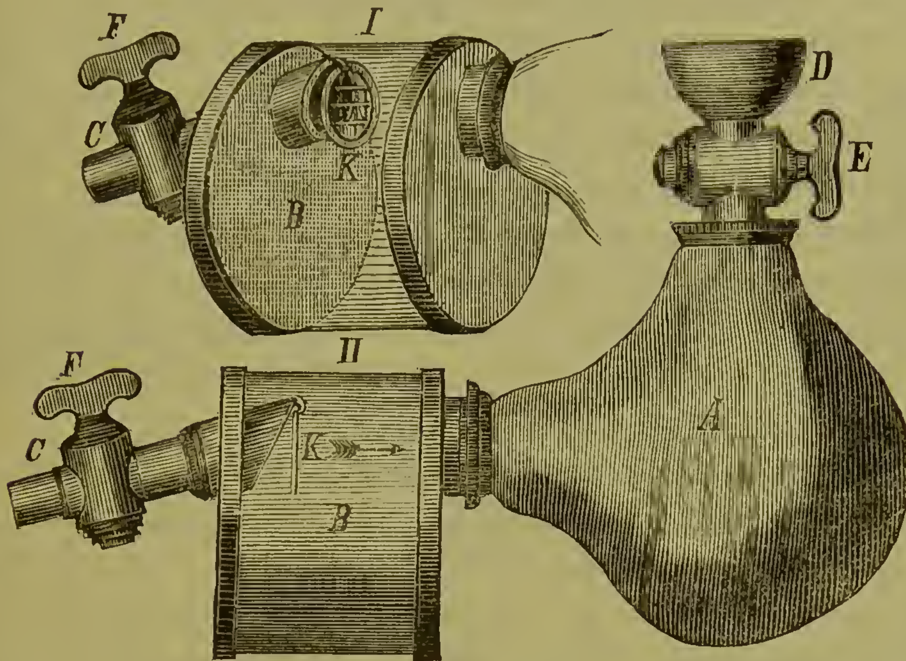
---

[1]) По этимъ пріемамъ я вправѣ предположить, что д-ръ Коульсонъ страдаетъ presbyopia.

[2]) Heycock.

торно промывалъ мочевой пузырь, причемъ въ стеклянный пріемникъ (B) снаряда осаждались сначала крупные, затѣмъ болѣе мелкіе оскол-

Рис. 52.



Аппаратъ Томсона, употребляющійся при *litholapaxia* въ St. Peter's hospital II. *A* — каучуковый балонъ, при помощи котораго вталкивается тепловатая вода въ мочевой пузырь; *B* — стеклянный пріемникъ мочевыхъ осколковъ; *C*—конецъ аспиратора, вставляющійся въ катетеръ; *D*—воронка изъ твердаго каучука для вливанія жидкости въ балонъ; *E*—кранъ, замыкающійся при дѣйствіи снаряда; *F*—кранъ, открывающійся при высасываніи жидкости изъ пузыря; *K*—самодѣйствующій клапанъ, откидывающійся струей по направленію, указанному стрѣлкой. Рис. I представляетъ среднюю часть аппарата «en trois quarts», чтобы яснѣе показать дѣйствія рѣшетчатаго клапана *(K)*.

ки камня темнобураго и желтаго цвѣта. Послѣ первой промывки д-ръ Гейкокъ вторично ввелъ камнедробитель въ мочевой пузырь, гдѣ онъ опять находилъ такіе крупные осколки, которые не могли пройти чрезъ окно катетра; поэтому онъ захватывалъ ихъ въ другой литотрипторъ съ болѣе мелкими нарѣзами захватовъ и измельчилъ ихъ. На этотъ разъ литотрипсія длилась 15 минутъ; затѣмъ, послѣдовало вторичное промываніе полости пузыря при помощи аспиратора Томсона и т. д. Такихъ пріемовъ дробленія д-ръ Гейкокъ произвелъ 4 раза одинъ за другимъ, причемъ послѣдній разъ онъ ввелъ литотрипторъ толстаго калибра по Бигелоо, при помощи котораго онъ растиралъ всѣ осколки въ мелкій порошокъ.

Я самъ внимательно слѣдилъ за продолжительностью этой операціи и оказалось, что д-ръ Гейккокъ на этотъ разъ работалъ въ мочевомъ пузырѣ въ продолженіи 1 ч. 10 минутъ. Такіе продолжительные сеан-

сы камнедробленія, по наблюденіямъ операторовъ St. Peter's hospital, переносятся больными вполнѣ удовлетворительно, если только нѣтъ катарра мочеваго пузыря и если наркотизировать больнаго. Д-ръ Коульсонъ показалъ мнѣ препаратъ подъ № 253 вышеупомянутой коллекціи камней, который въ формѣ мелкихъ осколковъ и порошка наполнялъ небольшой шампанскій бокалъ; вѣсъ измельченнаго камня по высушиваніи=4 унціямъ или $^1/_4$ торговаго фунта; и все это было удалено въ одинъ пріемъ.

Отчетъ St. Peter's hospital за 1884 годъ.

Разсматривая лежащій на столѣ операціонной залы журналъ, куда вносятся всѣ операціи St. Peter's hospital, я замѣтилъ: изъ 326 оперативныхъ случаевъ каменной болѣзни сдѣлано 228 разъ камнедробленіе и 99 разъ камнесѣченіе; на 56 случаевъ литотомій приходится 6 смертельныхъ исходовъ.

Болѣе обстоятельныя свѣдѣнія относительно дѣятельности описываемой специальной больницы можно получить изъ ежегодныхъ отчетовъ, такъ назыв. «*St. Peter's hospital's Surgical Report*». Изъ подобнаго отчета за 1884 г. видно [1]), что въ теченіи года перебывало стаціонарныхъ больныхъ 232 человѣка, которые страдали слѣдующими болѣзнями мочеполовыхъ органовъ:

Таблица XVII. Число коечныхъ больныхъ въ St. Peter's hospital за 1884 г.

№ ряда.	Форма болѣзни.	Число случаевъ.	Выздоровл.	Облегченіе.	Безъ измѣн.	Умерло.	Примѣчанія
1.	Calculus vesicae urinariae	20	18	—	—	2	1 послѣ lithotomiae med.; другой — lithotritiae.
2.	Stricturae urethrae . .	101	81	14	3	3	1 больной умеръ отъ collapsus при urethrot. ext.; другой—отъ рожи.
3.	Cystitis.	27	2	23	2	—	
4.	Hydrocele.	19	19	—	—	—	
5.	Phimosis и paraphimosis.	19	19	—	—	—	
6.	Varicocele.	11	11	—	—	—	
7.	Прочія формы болѣзни.	35	14	12	7	2	1 отъ хронич. нефрита; другой—отъ мочеваго затека.
		232	164	49	12	7	

[1]) *St. Peter's hospital's Surgical Report for the year ending December 31, 1884,* by H. Thornton.

Изъ этой таблицы видно, что наибольшее число коечныхъ больныхъ падаетъ на (2-й рядъ) съуженіе мочеиспускательнаго канала (strictura urethrae), именно: 43,5°/₀ всего контингента больныхъ; за этой формой болѣзни, по количеству больныхъ, слѣдуетъ воспаленіе мочеваго пузыря (cystitis),—около—11,6°/₀, и только третье мѣсто занимаетъ calculus vesicae urinariae, каковыхъ было 8,6°/₀.—Преобладаніе болѣзни мочеиспускательнаго канала не есть случайное явленіе въ St. Peter's hospital, ибо среднее число больныхъ съ съуженіемъ канала за трехлѣтіе (1882—1885) представляется почти въ такомъ же процентномъ отношеніи къ общему числу больныхъ, какъ это видно изъ слѣдующаго сопоставленія:

Таблица XVIII.

Годъ.	Общ. число больныхъ во всемъ отдѣленіи.	Въ томъ числѣ strictura urethrae.
1882	164	82
1883	188	64
1884	232	101
за 3 года	584	247

42,2°/₀ strictura urethrae.

Стало быть, «*hospital for stone*» не вполнѣ соотвѣтствуетъ преобладающему контингенту больныхъ.

Далѣе, замѣтимъ, что изъ семи умершихъ, указанныхъ въ таблицѣ XVII, два случая относятся къ исходамъ каменной болѣзни; именно: одинъ больной 25 лѣтъ, умеръ на 3-й день послѣ операціи (sectionis medianae), вслѣдствіе воспаленія брюшины и клѣтчатки таза; другой больной, 22 лѣтъ, умеръ на 6-й день послѣ камнедробленія отъ такой же причины. Прочіе смертельные исходы относятся къ различнымъ заболѣваніямъ клѣтчатки таза, какъ осложненію при мочевыхъ затекахъ.

Статистика камнесѣченія и камнедробленія.

Въ виду особеннаго интереса вопроса—какая изъ двухъ операцій—lithotomia или lithotritia—дастъ большій процентъ смертности?—я позволю себѣ привести здѣсь нѣкоторыя статистическія данныя изъ St. Peter's hospital за 20 лѣтъ относительно исходовъ двухъ названныхъ операцій.

Таблица XIX, **указывающая исходы камнесѣченія и камнедробленія въ St. Peter's hospital за періодъ 1864 по 1884 г.**

Полъ.	Число случ.	Названіе операціи.	Число опер.	Исходы. выздоров.	облегчен.	умерло.	Проц. выздоровленій.
женщинъ. .	3	извлеченіе per urethram	2	3	—	—	100 %
		lithotritia	1				
мальч. (моложе 15 л.).	47	lithotomia	47	45	—	2	95,7%
мужчинъ. .	282	lithotomia	58	40	—	18	68,9%
		lithotritia	224	180	15	29	80,3%
Итого . .	332		332	268	15	49	80,7%

Изъ этой таблицы явствуетъ, что St. Peter's hospital въ своей практической дѣятельности стремится слѣдовать совѣту авторитета проф. Томсона: «*у взрослыхъ камнедробленіе есть общее правило, а камнесѣченіе — необходимое исключеніе*», поэтому число перваго вида операцій въ описываемомъ госпиталѣ въ 4 раза больше, чѣмъ втораго, или число камнесѣченій относится къ числу камнедробленій, какъ 1 : 3,9. Далѣе, исходы послѣднихъ много благопріятнѣе исходовъ камнесѣченія. Но если сравнить эти числа съ результатами таковыхъ же операцій въ рукахъ проф. Генри Томсона, то успѣхи St. Peter's hospital по каменной болѣзни будутъ значительно ниже. Такъ, напримѣръ, въ лекціяхъ проф. Томсона, читанныхъ имъ въ 1884 г. въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ», мы находимъ, что въ теченіи послѣднихъ 25 лѣтъ почтенный хирургъ одинъ произвелъ *812 операцій* по каменной болѣзни, изъ этого числа 782 раза у взрослыхъ; въ томъ числѣ *110 камнесѣченій* съ 30 смертями или *65% выздоровленія* и *672 случая камнедробленія* съ 43 смертями или *89,5% выздоровленія* [1]). Замѣтимъ, что періодъ времени отчетности St. Peter's hospital совпадаетъ съ таковымъ дѣятельности проф. Г. Томсона; однакоже, процентъ выздоровленія при литотрипсіи у послѣдняго значительно выше.

Въ этомъ фактѣ я склоненъ видѣть нѣкоторое подтвержденіе тому, на что было мною указано выше относительно вліянія оперативной

[1]) См. Henry Thompson. *Лекціи объ опухоляхъ пузыря и о нѣкоторыхъ важныхъ пунктахъ хирургіи мочевыхъ путей,* читанныя въ Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Лондонѣ въ 1884 г. Русскій переводъ д-ра А. А. Введенскаго, Москва, 1886 (стр. 149 и слѣд.).

техники на исходъ операціи (см. выше, главу VI, стр. 203). Для меня лично вполнѣ ясно, что опытная и ловкая рука проф. Томсона наноситъ при камнедробленіи значительно меньше травматическихъ поврежденій въ мочевомъ пузырѣ, нежели тяжелая и подчасъ неуклюжая рука д-ра Коульсона, съ оперативной техникой котораго я познакомилъ читателя въ наблюденіяхъ XLVI и XLVII (см. выше, стр. 399 и 400). Далѣе, прослѣдивъ внимательно отчеты St. Peter's hospital за три года (1882—1885), я не могу сказать, чтобы *камнесѣченіе стало исключительною операціею* (opération par excéption), какъ тому учитъ Томсонъ. Такъ изъ нижеслѣдующей таблицы

Таблица XX.

Годъ.	Lithotritia по Бигелоо.	Lithotomia. Sectio mediana.	Lithotomia. Sectio lateralis.	Всего.
1882	12	2	5	19
1883	15	4	4	23
1884	12	4	3	19 [1])
за 3 года	39	22		61

видно, что на 61 случай камня мочеваго пузыря предпринято было 39 разъ камнедробленіе и 22 раза камнесѣченіе, что составляетъ свыше 36%, а это, я полагаю, нельзя назвать *исключительною* операцію.

Отсутствіе «высокаго камнесѣченія» въ оперативной дѣятельности St. Peter's hospital.

Наконецъ, нельзя не замѣтить еще одного пробѣла въ дѣятельности описываемаго госпиталя: это—отсутствіе операціи высокаго камнесѣченія (sectio suprapubica). Въ имѣющихся у меня отчетахъ нѣтъ ни одного случая cystotomiae при камняхъ въ мочевомъ пузырѣ. Между тѣмъ, какъ Томсонъ, авторитетъ котораго признанъ всѣми спеціалистами по каменной болѣзни, прямо говоритъ: «Не существуетъ другаго «способа, который можно было-бы сравнить съ высокой операціей для «удаленія камней большихъ размѣровъ. Я пойду далѣе и прибавлю, «что, по моему мнѣнію, этотъ способъ (sectio suprapubica) въ рукахъ «большинства оперирующихъ хирурговъ окажется безопаснѣе и гораз-

[1]) Кромѣ того, былъ случай извлеченія камня чрезъ мочеиспускательный каналъ у женщины, поэтому въ таблицѣ XVII указано всѣхъ случаевъ камней пузыря 20.

«легче камнедробленія со всѣми его преимуществами при твердыхъ «камняхъ, когда послѣдніе достигнутъ отъ 1½ до 2 унцій вѣса» [1]).

Правда, въ отчетахъ St. Peter's hospital за 1882 и 1883 года я нашелъ указанія на 6 случаевъ cystotomiae, но во всѣхъ случаяхъ показаніемъ къ операціи служило злокачественное новообразованіе (malignant growth) или чрезмѣрное увеличеніе предстательной желѣзы; но ни разу эта операція не предпринималась съ цѣлью удалить камень изъ пузыря.

Оправдываетъ-ли свое назначеніе St. Peter's hospital?

Итакъ, если мы подведемъ итоги всѣмъ вышеприведеннымъ фактамъ, собраннымъ нами въ St. Peter's hospital, то у читателя само собою можетъ зародиться вопросъ: *оправдываетъ ли свое назначеніе спеціальная больница для леченія каменной болѣзни?*

Число больныхъ съ каменною болѣзнью въ St. Peter's hospital на столько невелико (всего 8,6%), что для 20 случаевъ этой формы болѣзни въ годъ, намъ кажется, не стоило учреждать особенной больницы съ 25,000 руб. годовымъ бюджетомъ, ибо въ общихъ больницахъ Лондона, съ большимъ контингентомъ больныхъ, обыкновенно число случаевъ каменной болѣзни бываетъ не меньше, нежели въ спеціальной больницѣ St. Peter's hospital. Такъ, напримѣръ, въ вышеприведенной таблицѣ VIII (см. стр. 226), указывающей общее число оперированныхъ въ St. Bartholomew's hospital за 1883 г., значится, (см. рядъ 4-й), что операцій на мочеполовыхъ органахъ произведено 36. Прибавимъ теперь, что въ это число входятъ: lithotomia lateralis 10 случ., lithotomia mediana 2 случ., litholapaxia 2 случ., слѣдовательно, всего 14 случаевъ [2]) или немногимъ меньше, чѣмъ въ St. Peter's hospital. Тоже самое мы видимъ относительно другихъ формъ болѣзней мочевыхъ путей; какъ, напр., относительно страданія мочеиспускательнаго канала въ отчетѣ St. Bartholomew's hospital за 1883 г. указано 115 случаевъ [3]), тогда какъ въ St. Peters's hospital за тотъ же отчетный годъ перебывало всего 66 [4]) случаевъ.

Стало быть, стремленіе St. Peters's hospital — *сосредоточить въ стѣнахъ этой спеціальной больницы наибольшее число больныхъ, страдающихъ каменною болѣзнью*, какъ это значится во

---

[1]) l. c., Henry Thompson Лекціи, стр. 165.

[2]) См. *Statistical tables of St. Bartholomew's hospital for 1883* by Macready and F. Eve. London 1884, стр. 85 и 86.

[3]) Ibidem, стр. 55.

[4]) *St. Peter's hospital's Surgical Report for the year 1883*, стр. 2.

второмъ пунктѣ регламента этого учрежденія (см. выше стр. 397), не осуществилось въ теченіи двухъ десятилѣтій.

Далѣе, изъ вышеприведенныхъ статистическихъ указаній мы видимъ, что операція lithotomia у взрослыхъ въ St. Peter's hospital предпринимается въ 25% всѣхъ случаевъ каменной болѣзни, тогда какъ въ практикѣ проф. Томсона эта операція примѣнялась только въ 14% всѣхъ случаевъ (или 110 литотомій на 782 случая lithiasis). Слѣдовательно, и третій пунктъ регламента — предоставить больнымъ наилучшія средства избавиться отъ камня и при меньшей опасности, угрожающей жизни больнаго, равно какъ *замѣнить камнесѣченіе камнедробленіемъ*—не оправдывается. Наконецъ, отсутствіе какого бы то ни было принципіальнаго проведенія безгнилостнаго способа леченія ранъ, крайне неумѣлое оперированіе со стороны главнаго дѣятеля этого учрежденія, отсталость взгляда на значеніе cystotomiae suprapubicae при леченіи каменной болѣзни и т. п. моменты дѣятельности этой больницы даютъ мнѣ право утверждать, что St. Peter's hospital, при томъ строѣ этого учрежденія, въ какомъ я его видѣлъ въ 1885 г., *врядъ-ли будетъ способствовать прогрессу ученія о каменной болѣзни*, какъ это лелѣяли себя тщетной надеждой учредители этой спеціальной больницы, ибо главный дѣятель ея, д-ръ Коульсонъ, съ 1864 г. (года учрежденія St. Peter's hospital) не обнародываетъ никакихъ научныхъ изслѣдованій по избранной имъ спеціальности, что видно по его curriculum vitae.

Coulson (Walter John) въ 1857 году кончилъ курсъ медицинскихъ наукъ въ St. Mary's College, въ больницѣ котораго онъ состоялъ ассистентомъ по хирургіи. Въ 1860 г. онъ получилъ званіе члена «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи» (F. R. C. S. E.). Позднѣе онъ принялъ мѣсто старшаго хирурга (Senior Surgeon) въ «St. Peter's hospital for stone». Изъ литературныхъ трудовъ д-ра Коульсона я могу указать на слѣдующіе:

1) «*Stone in the bladder, its prevention, early symptoms and treatment by lithotrity*» (Камни въ мочевомъ пузырѣ, предупрежденіе ихъ, ранніе припадки и леченіе помощью дробленія).

2) «*On diseases of the bladder and prostate*» (О болѣзняхъ пузыря и предстательной железы); сочиненіе, составленное его отцемъ (Уильямомъ Коульсономъ), но изданное сыномъ въ 1881 г. шестымъ изданіемъ.

3) «*Treatise of syphilis*» (Ученіе о сифилисѣ).

4) «*Obturator hernia-operation*» [Грыжа foraminis obturatorii; операція [1])].

5) «*Remarks of lithotrity with record of 15 cases of stone*» (Замѣчанія относительно камнедробленія съ обозрѣніемъ 15 случаевъ каменной болѣзни). 1864.

Этимъ годомъ кончается литературная дѣятельность д-ра Коульсона, на сколько я вправѣ судить по указаніямъ «*Medical Directory for 1887*».

Литературные источники:

1) H. Thornton. *St. Peter's hospital's surgical report for the year ending December 1883 and 1884.* London 1885.

2) Henry Thompson. *Лекціи объ опухоляхъ пузыря и о нѣкоторыхъ важныхъ пунктахъ хирургіи мочевыхъ путей.* Переводъ съ англійскаго д-ра А. А. Введенскаго. Москва. 1886.

3) Churchill. *The Medical Directory 1887.* London 1888.

---

[1]) См. «Lancet» 1863.

ГЛАВА XIV.

Royal Orthopaedic hospital.—Внутреннее устройство и значеніе ортопедической больницы. — Ежегодное число коечныхъ и приходящихъ больныхъ. — Амбулаторія ортопедической больницы подъ руководствомъ д-ра Бэкера. — Судьба искусственныхъ конечностей у нѣкоторыхъ нашихъ инвалидовъ. — Гдѣ искать причины нецѣлесообразности ортопедическихъ снарядовъ русскаго издѣлія? — Снаряды для леченія искривленія стопы — pes calcaneus. — Сэйровскій башмакъ для леченія упорныхъ формъ косолапости (pes varus, valgus, equinus). — Операціонная комната въ Royal Orthopaedic hospital. — *Tenotomia* съ ортопедическою цѣлью; tenotomia при pes varus. — *Contracturae aponeurosis palmaris* и патогенезъ этого страданія. — Кому принадлежитъ первенство операціи tenotomiae? — Процессъ заживленія раны сухожилья. — Дурные исходы тенотоміи. — Ортопедическіе снаряды Нобля Смитса для леченія genu valgum, cruris arcuati, хроническаго воспаленія колѣна, остраго воспаленія тазо-бедреннаго сустава и morbus Potti. — Теорія Эллиса относительно принципа леченія искривленій ногъ. — Критическая оцѣнка этой теоріи. — Техника приготовленія парафиновыхъ повязокъ. — Преимущества этихъ повязокъ. — Краткія библіографическія свѣдѣнія о д-рѣ Бродгёрстѣ, какъ о старшемъ хирургѣ Royal Orthopaedic hospital. — Литературные источники.

Англія — страна рахитизма, а rachitis, какъ извѣстно, рѣзче всего обнаруживается у дѣтей въ видѣ различныхъ искривленій скелета. Поэтому я, между прочими специальными больницами Лондона, старался ознакомиться съ устройствомъ и веденіемъ дѣла ортопедической лечебницы, такъ назыв. *Royal Orthopaedic hospital*, которая поставила себѣ задачей — лечить страдающихъ искривленіемъ конечностей, позвоночника и тому подобнымъ обезображиваніемъ скелета. **Устройство и составъ больницы.**

Эта спеціальная больница, основанная въ 1838 г., помѣщается на одной изъ главныхъ улицъ Лондона, Oxford Street 297; амбулаторный пріемъ доходитъ до 60 и болѣе больныхъ въ день. Все зданіе больницы состоитъ изъ двухъ небольшихъ, узкихъ, въ четыре окна, дома:

передняго, обращеннаго фасадомъ на шумную улицу, и задняго, выходящаго окнами въ небольшой дворъ. Въ заднемъ домѣ расположены операціонная комната, врачебный кабинетъ и отдѣленіе больницы съ постоянными койками, которыхъ всего 40, преимущественно дѣтскихъ. Въ переднемъ домѣ больницы помѣщены квартиры для служащихъ, контора и залы для приходящихъ больныхъ и ихъ пріема. Вообще внутренняя обстановка этого отдѣленія Royal Orthopaedic hospital крайне бѣдная и контингентъ приходящихъ больныхъ состоитъ преимущественно изъ дѣтей самаго бѣднаго сословія. Нечего, я думаю, и говорить, что врачебная помощь не только приходящимъ, но и коечнымъ больнымъ Royal Orthopaedic hospital производится безплатно; но для поступленія въ больницу требуется представить рекомендацію отъ попечителя или соучастника этого учрежденія.

Англійская королева состоитъ въ званіи патронессы, принцъ Уэльскій—патрономъ, а графъ Шэфтсбери (Shaftesbury)—президентомъ Royal Orthopaedic hospital; попечителемъ же (governor) больницы можетъ стать всякое лицо, вносящее ежегодно не менѣе одного фунта и одного шиллинга (т. е., 10 руб. 50 коп.); всякій попечитель получаетъ опредѣленное число билетовъ (tickets of admission), дающихъ право на поступленіе въ больницу.

Статистическія свѣдѣнія. Годовой бюджетъ этого учрежденія превышаетъ 30,000 руб. [1]), изъ которыхъ свыше 25,000 собираются отъ взносовъ попечителей и случайныхъ пожертвованій. На эту сумму общество предоставляетъ клиническій заботливый уходъ болѣе 2,200 коечнымъ больнымъ и врачебную помощь 18,000 приходящимъ больнымъ. Врачебный персоналъ составляютъ: три хирурга, одинъ ассистентъ и одинъ ординаторъ (house-surgeon).

Въ время моихъ посѣщеній этой больницы я познакомился съ д-ромъ Бэкеромъ, завѣдующимъ амбулаторнымъ пріемомъ, и со старшимъ хирургомъ — д-ромъ Бродгёрстомъ (Brodhurst). Нужно замѣтить, что двери этой больницы открыты для всѣхъ практикующихъ врачей; въ регламентѣ этого учрежденія сказано: «the hospital is open to all legally qualified practicioners» (этотъ госпиталь открытъ для всѣхъ признанныхъ практикантовъ); но если студентъ медицины желаетъ заниматься въ больницѣ съ цѣлью практическаго изученія этой отрасли

---

[1]) *Royal orthopaedic hospital. Forty sixth annual Report for 1884.* London 1885.

хирургіи, то администрація взимаетъ съ него плату въ слѣдующемъ размѣрѣ: 3 ф. 3 ш.—за шесть мѣсяцевъ; 5 ф. 5 ш.—за годъ, и 10 ф. 10 ш.—за безсрочное время.

Когда я, 13/VII 1885, впервые вошелъ во фронтовое зданіе Royal Orthopaedic hospital, то обширная зала амбулаторіи была переполнена народомъ; съ трудомъ я добился къ столу д-ра Бэкера, который, окруженный родителями дѣтей, заставлялъ послѣднихъ ходить по комнатѣ, съ цѣлью видѣть дѣйствіе приспособленнаго протеза и вліяніе его на характеръ походки больнаго ребенка. Тутъ-же, на пріемѣ, присутствуетъ спеціальный мастеръ, заготовляющій различные ортопедическіе снаряды; опытный глазъ д-ра Бэкера скоро подмѣчаетъ тотъ или другой недостатокъ въ заготовленномъ аппаратѣ; онъ указываетъ ихъ мастеру и, по исправленіи снаряда, д-ръ Бэкеръ опять провѣряетъ годность его для даннаго больнаго. Только при такомъ строгомъ врачебномъ и умѣломъ контролѣ надъ приготовленіемъ снарядовъ, какой мнѣ приходилось видѣть въ англійскихъ госпиталяхъ вообще, а въ описываемой ортопедической лечебницѣ въ особенности, больные дѣйствительно получаютъ помощь отъ дорого-стоющихъ машинъ и пользуются пріобрѣтенными снарядами.

Амбулаторія больницы.

У насъ, въ Россіи, нерѣдко приходится слышать, что больные, потративъ большія суммы на пріобрѣтеніе какого-либо ортопедическаго снаряда, — будь это корсетъ, Тэйлоровскій аппаратъ, искусственная ли конечность и т. п., — въ концѣ концевъ вынуждены бросить его вслѣдствіе его нецѣлесообразнаго устройства. Все это происходитъ оттого, что большинство нашихъ врачей, неисключая нѣкоторыхъ спеціалистовъ, вообще мало знакомы съ современными механургическими снарядами.

Не могу не привести здѣсь весьма поучительнаго разсказа высокочтимаго В. И. Приселкова, бывшаго полеваго военно-медицинскаго инспектора Дунайской арміи во время Турецкой кампаніи 1877—78 гг. «При объѣздѣ своего округа», разсказывалъ мнѣ лѣтомъ 1888 года д-ръ В. И. Приселковъ, «я часто заглядываю въ жилища инвали-«довъ—нашихъ живыхъ трофеевъ послѣднихъ побѣдъ русской арміи—«и весьма часто встрѣчаю въ маленькихъ городахъ юга Россіи ампу-«тированныхъ, гуляющими на деревяшкѣ или, еще хуже, на косты-«ляхъ. На мой вопросъ: почему онъ, какъ бывшій солдатъ, не обра-«щается въ комитетъ о раненыхъ съ просьбою о выдачѣ ему искус-«ственной ноги? — я обыкновенно получаю отвѣтъ: «есть у меня,

Судьба искусственныхъ конечностей у нашихъ инвалидовъ.

«В—е П—ство, хорошая, красивая и очень дорогая нога, за кото-«рую, какъ мнѣ сказывали, заплочено въ Петербургѣ чуть-ли не сто «рублей, но виситъ она у меня въ куточкѣ, подъ образами, ибо но-«сить ее — мнѣ и больно и не сподручно!»

Другой примѣръ. Я видѣлъ въ Галле московскую помѣщицу, нѣкую К......ву, которая четвертый разъ пріѣзжала въ клинику проф. Фолькмана для того только, чтобы ея 8-лѣтней дочери, страдавшей сколіозомъ, наложенъ былъ *гипсовый корсетъ*, котораго въ Россіи никто изъ спеціалистовъ-хирурговъ не могъ (?) якобы такъ приспособить, какъ это дѣлалъ въ Галле молодой врачъ Мейснеръ.—Таковы факты!

Причины нецѣлесообразности русскихъ ортопедическихъ снарядовъ.

Приписывать эти явленія неспособностямъ нашихъ мастеровъ заготовлять подобные снаряды—нельзя, уже просто потому, что наибольшее число этихъ спеціалистовъ суть тѣ же иностранцы, какъ Квель, Бозе, Швабе, Фрейндъ, Роохъ и др.; да, кромѣ того, русскія стальныя и слесарныя издѣлія по другимъ отраслямъ того же производства, какъ ружья, замки, машинныя орудія и т. п. пріобрѣли столь громкую извѣстность на внутреннихъ рынкахъ и на многихъ заграничныхъ выставкахъ, что сомнѣваться въ возможности имѣть хорошіе русскіе хирургическіе инструменты или ортопедическіе снаряды — я считаю абсурдомъ. Но, повторяю, что въ университетскомъ образованіи нашихъ врачей не отведено мѣста практическому изученію механургіи и ортопедіи, какъ это существуетъ въ Англіи, гдѣ преподаютъ такъ назыв. «*orthopaedic surgery*»; вслѣдствіе этого въ практической дѣятельности нашихъ хирурговъ этотъ пробѣлъ падаетъ тяжелымъ бременемъ на страждущій людъ.

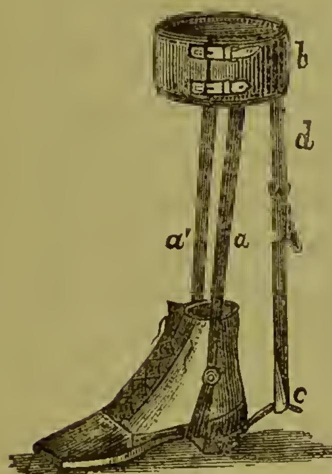
Снаряды для леченія pes calcaneus.

Но возвратимся къ описанію роли д-ра Бэкера на амбулаторномъ пріемѣ ортопедической больницы въ Лондонѣ. Въ день моего посѣщенія названный врачъ демонстрировалъ мнѣ болѣе 15 случаевъ искривленій стопъ въ различныхъ стадіяхъ развитія; многимъ изъ нихъ приспособлены были простыя и цѣлесообразныя шины, которыя надѣвались на обыкновенный башмакъ, въ родѣ снарядовъ, изображенныхъ на рис. 53 и 54 и предназначенныхъ для исправленія формы стопы, извѣстной подъ названіемъ *pes calcaneus*. Первый снарядъ (рис. 53) состоитъ изъ двухъ стальныхъ шинъ (a, a′), укрѣпляющихся къ подошвѣ обыкновеннаго башмака и снабженныхъ шалнерами соотвѣтственно голенно-стопному сочлененію; вверху шины припаяны къ стальному остову пояска (b), обхватывающаго голень. Тугая упругая тесьма (d), укрѣпленная позади пояса, опускается внизъ и обхватываетъ собою

шпору (с), укрѣпленную къ каблуку сапога. При натяженіи упругой тесьмы приподнятая вверхъ стопа оттягивается внизъ, т. е., она дѣйствуетъ какъ антагонистъ extensorum cruris, вслѣдствіе чего напряженіе Ахиллесова сухожилья значительно ослабляется и, стало быть, контрактированныя тыльныя мышцы стопы остаются in extensione. Правда, что вродѣ этого снаряда проф. Р. Фолькманъ давно уже предлагалъ при леченіи pedis calcaneus, именно прикрѣпить къ ушку башмака упругій шнуръ, который прикрѣплялся бы вверху и сзади голени по направленію хода икроножныхъ мышцъ; но, тѣмъ не менѣе, мнѣ не приходилось видѣть его примѣненія въ нашихъ больницахъ.

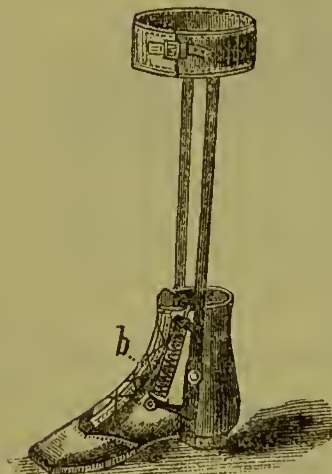
Однакоже, описанный снарядъ имѣетъ за собою тотъ недостатокъ, что при хожденіи по лѣстницѣ задняя тесьма (d, рис. 53) такъ быстро

Рис. 53.



Снарядъ для леченія искривленія стопы—*pes calcaneus*. *a*, *a'* — стальныя шины; *b*—стальной поясъ, обтянутый кожей; *c*—шпора; *d*—упругая тесьма, противодѣйствующая сокращеннымъ мышцамъ тыла стопы.

Рис. 54.



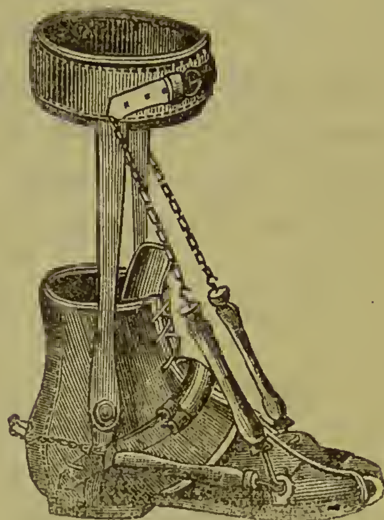
Снарядъ Тіймэна для леченія pes calcaneus. Весьма упругая пружина (*b*) противудѣйствуетъ сокращенію extensorum pedis.

сокращается, что больныя дѣти подвергаются частому паденію. Поэтому американскій инструментальный мастеръ Тіймэнъ придумалъ другой снарядъ (см. рис. 54), въ которомъ упругая тесьма замѣняется стальной пружиною (b); послѣдняя отталкиваетъ тылъ стопы взадъ и, стало быть, также способствуетъ растяженію сокращенныхъ мышцъ extensorum cruris.

Сэйровскій башмакъ для леченія упорныхъ формъ косолапости.

Для леченія запущенныхъ случаевъ косолапости (pes varus, valgus varo-equinus и т. п. въ англійскихъ больницахъ примѣняется сложный снарядъ, такъ назыв. Сэйровскій *полый башмакъ* (Sayres's socket clumbfoot shoe), дѣйствіе котораго нетрудно себѣ уяснить при внимательномъ осмотрѣ приложеннаго рисунка 55.

Рис. 55.



Сэйровскій башмакъ для леченія наружной и внутренней косолапости (pes varus и valgus).

Обыкновенно же леченіе искривленія стопъ у дѣтей въ практикѣ Лондонской ортопедичесской больницы начинается *тенотоміею*, т. е., подкожнымъ сѣченіемъ сухожилій тѣхъ мышцъ, которыя препятствуютъ правильному положенію стопы. На сколько часто эта операція предпринимается въ описываемой больницѣ, можно судить отчасти по тому, что въ одинъ день (13/VII, 1885), во время моего посѣщенія, сдѣлано было 10 тенотомій на больныхъ различнаго возраста.—Обыкновенно эти операціи производятся старшимъ хирургомъ Бродгёрстомъ, по понедѣльникамъ, въ 2 ч. пополудни, въ присутствіи другихъ врачей, занимающихся въ ортопедической больницѣ, и многихъ постороннихъ врачей, преимущественно иностранныхъ.

Операціонный залъ больницы.

Операціонная комната помѣщается во второмъ зданіи больницы; обстановка этой комнаты—проста, цѣлесообразна. Операціонный инструментарій состоитъ изъ полдюжины узкихъ ножей и Кловеровскаго аппарата для наркотизированія больныхъ, который, впрочемъ, рѣдко употребляется, такъ какъ обыкновенно операція tenotomiae производится безъ наркотизаціи.

Я уже сказалъ, что видѣлъ 10 такихъ операцій въ Royal ortopaedic hospital и всѣ онѣ производились однимъ и тѣмъ же способомъ.

Tenotomia при pes varus.

Наблюденіе L. Tenotomia при *pes varus*. Больной ребенокъ кладется на операціонный столъ брюшкомъ внизъ; одинъ изъ ассистирующихъ врачей старается ослабить натянутое сухожилье, сгибая ногу въ противоположную сторону; операторъ лѣвыми указательнымъ и большимъ пальцами прощупываетъ требуемое сухожилье (tendo Achillis или flexor tibialis posticus), въ тоже время правой рукой вкалываетъ узкій ножъ (respective, тенотомъ) позади сухожилья, направляя лезвее вне-

редъ—къ глубокой поверхности послѣдняго. Теперь помощникъ сгибаетъ стопу въ обратную сторону, тогда *сухожилье легко поддается напору ножа*, т. е., оно разсѣкается, что узнается по характерному звуку въ видѣ хрустѣнія. Теперь операторъ снова поворачиваетъ ножъ плашмя и старается его вывести чрезъ тоже отверстіе; при такихъ условіяхъ операція бываетъ почти безкровною и операторъ довольствуется тѣмъ, что прикладываетъ къ мѣсту укола кусокъ мягкой марли, который укрѣпляетъ полоской липкаго пластыря; поверхъ этой повязки накладывается желѣзная шиночка, имѣющая цѣлью оттягивать стопу въ сторону, противуположную искривленію и прибинтовывается простымъ полотнявнымъ бинтомъ. Съ подобной повязкой оперированнаго въ Royal Orthopaedic hospital отпускаютъ на домъ и дальнѣйшее леченіе производится амбулаторно; во многихъ случаяхъ—по заживленіи ранъ—на искривленную конечность накладывается еще *неподвижная парафиновая повязка*, технику которой я опишу ниже.

Въ Royal Ortopaedic hospital принято за правило: при леченіи искривленія pes varus или varo-equinus подсѣкать Ахиллесово сухожилье. Кромѣ того, я видѣлъ, какъ у одной 18-лѣтней дѣвицы д-ръ Бродгёрстъ счелъ нужнымъ сдѣлать тенотомію сухожилья задней большеберцовой мышцы одновременно съ перерѣзываніемъ aponeurosis plantaris; именно: сначала операторъ подкожно разсѣкъ сухожилье m-li tibialis postici повыше внутренней лодыжки (malleolus internus), а затѣмъ онъ вторично вкололъ тенотомъ у внутренняго края стопы, вблизи бугорка ладьеобразной кости плюсны и поперечно разрѣзалъ контрактированный апоневрозъ подошвы.

Contracturae aponeurosis palmaris.

Тутъ-же я видѣлъ еще небезъинтересный случай *сведенія пальцевъ* вслѣдствіе *contracturae aponeurosis palmaris* у одного чернорабочаго, правая кисть котораго походила на граблю или имѣла форму, называемую французами «main à griffe». Терапія въ данномъ случаѣ состояла въ томъ, что больнаго занаркотизировали и операторъ насильственнымъ разгибаніемъ всѣхъ пальцевъ надорвалъ апоневрозъ ладони и влагалища сухожилій сгибателей пальцевъ (flexor digitorum communis), послѣ чего пальцы легко выпрямились. Подъ ладонь подложили желѣзную шиночку и всю руку забинтовали въ парафиновую повязку, приказавъ оперированному не снимать повязки ранѣе недѣли.

Патогенезъ этого страданія.

Подобное сведеніе пальцевъ мнѣ самому приходилось неоднократно наблюдать, преимущественно у мастеровыхъ, которымъ приходится работать продолжительно и съ тяжелымъ орудіемъ въ рукахъ; напр., я

видѣлъ такое искривленіе пальцевъ у землекоповъ, кузнецевъ и т. п. Патологическій процессъ этого страданія былъ весьма обстоятельно изслѣдованъ французомъ Гойраномъ, который на анатомическихъ препаратахъ доказалъ, что самыя *сухожилья сгибателей* пальцевъ *остаются безучастными* въ этомъ искривленіи пальцевъ, а послѣдніе сгибаются вслѣдствіе сокращенія ладоннаго апоневроза (aponeurosis palmaris) и отдѣльныхъ пучковъ послѣдняго, прикрѣпляющихся къ влагалищамъ сухожилій.—На этомъ основаніи французскіе хирурги, со временъ Дюпюитрена, предлагали ножемъ разсѣкать перемычки, находящіяся между кожею и влагалищемъ сухожилій; подобная терапія, однакоже, не всегда увѣнчалась успѣхомъ. Нѣмецкіе клиницисты, какъ Пита, исходя изъ того факта, что подобное искривленіе пальцевъ наблюдается не у однихъ чернорабочихъ, но и у священниковъ, литераторовъ и даже высокопоставленныхъ лицъ женскаго пола, не признаютъ травматическое раздраженіе за причинный моментъ развитія этой болѣзни; они скорѣе склонны видѣть въ этомъ процессѣ явленія подагры [1].—Далѣе, современный французскій клиницистъ профессоръ Тилльо говоритъ: «Такъ какъ эта болѣзнь (la retraction de l'aponév-«rose palmaire) развивается, очевидно, подъ вліяніемъ индивидуаль-«наго предрасположенія, то было бы необходимо прослѣдить—насколь-«ко въ такихъ случаяхъ излеченіе возможно» [2].

Всѣ эти разногласія относительно патогенеза описываемой формы искривленія пальцевъ я склоненъ объяснить отчасти тѣмъ, что нѣкоторые случаи *сведенія пальцевъ* несомнѣнно центральнаго происхожденія, такъ, напр., описываются случаи атетоза, выражающагося сведеніемъ лишь обѣихъ ладоней [3].

Еще болѣе поучительно слѣдующее:

Contractura aponeurosis palmaris. — Tenotomia.

Наблюденіе LI. Contractura aponeurosis palmaris.—Tenotomia. 45-лѣтняя женщина представилась д-ру Ривсу въ Orthopaedic hospital со сведеніемъ правой ручной кисти, которое она стала замѣчать еще 13 лѣтъ тому назадъ, послѣ паденія съ верховой лошади съ поводьями въ рукѣ. Кромѣ того, больная долгое время занималась шитьемъ на машинѣ и много упражнялась въ игрѣ на фортепіано. У этой больной

[1]) Сборникъ Питы и Бильрота по Хирургіи. Часть IV, т. I, в. I. *Болѣзни верхнихъ и нижнихъ конечностей.* Спб., 1871, стр. 222.

[2]) Tillaux. Руководство по Топографической Анатоміи. Русскій переводъ. Изд. 1884, ст. 561.

[3]) В. С. Грейденбергъ, *Новый случай атетоза* (см. «Врачъ», т. III, № 40).

послѣдніе два пальца представлялись крючковатыми и разогнуть ихъ вполнѣ не удавалось вовсе; средній и указательный пальцы разгибались, но не совершенно; на ладонной поверхности ручной кисти, вдоль сухожилья сгибателя четвертаго пальца, рѣзко выступалъ тяжъ, какъ видно на рис. 56.

Рис. 56.

Случай contractura aponeurosis palmaris *до операціи.*

Рис. 57.

Тотъ же случай *послѣ операціи*; фотографія снята мѣсяцъ спустя.

Техника: Д-ръ Ривсъ (Reeves) захлороформировалъ больную и обвернулъ всю правую кисть въ упругій бинтъ Эсмарха, который онъ закрѣпилъ на предплечьи. Операторъ разсѣкъ кожу на выступавшемъ тяжѣ вдоль всего сухожилья; тщательно отсепаровалъ кожу отъ подлежащаго тяжа, а вверху раны онъ поперечно надрѣзалъ кожу. Теперь операторъ *сталъ постепенно разгибать всѣ пальцы*, что удавалось только при нѣкоторомъ насиліи и сопровождалось ясно различимымъ трескомъ, указывавшимъ на разрывъ глубокихъ волоконъ тяжа. Затѣмъ *операторъ вырѣзалъ пучекъ ткани* между сухожильемъ и кожей. По снятіи упругаго бинта и остановленіи незначительнаго кровотеченія, д-ръ Ривсъ сшилъ края разрѣза кожи посредствомъ рыбьей струны (fish-gut) и укрѣпилъ оперированную руку въ шину такъ, что всѣ пальцы были совершенно вытянутыми. Рана зажила per primam и три недѣли спустя оперированная играла на фортепіано и писала совершенно свободно. Ручная же кисть представлялась на видъ вполнѣ нормальною, какъ это отчасти можно судить по рис. 57, снятому фотографически мѣсяцъ спустя послѣ операціи.

Интересующимся казуистикой этой формы искривленія пальцевъ ручной кисти мы можемъ указать на новѣйшую работу Нобля Смитса *«70 случаевъ Дюпюитреновскихъ контрактуръ ладонной фасціи»* [1]).

Во всякомъ случаѣ вышеописанный способъ насильственнаго растяженія контрактированнаго апоневроза ладони представляетъ собою

---

[1]) *Seventy cases of Dupuytren's contractions of the palmar fascia* by Noble Smith (см. British Med. Journal, 1885, ч. II, стр. 275).

лучшеее и безопасное средство противъ сведенія пальцевъ травматическаго происхожденія.

Я, кстати позволю себѣ обратить вниманіе читателя на тотъ фактъ, что патологическіе процессы, какъ: *arthritis deformans*, *lithiasis*, *endoarteritis vasorum*, respective, *aneurysma*, *rachitis* и т. п. болѣзни, выражающіяся отложеніемъ солей либо въ соединительно-тканныхъ клѣткахъ, либо въ свободныхъ полостяхъ (мочевой пузырь, полости сочлененій), находятъ себѣ въ островитянскомъ климатѣ Британіи особенно благопріятныя условія для своего развитія. Вотъ почему ни въ какой другой европейской столицѣ я не встрѣчалъ въ больницахъ столько рахитиковъ, подагриковъ, аневризматиковъ и т. п., сколько ихъ можно видѣть въ Лондонѣ.—Тѣмъ не менѣе, врачи Royal Orthopaedic hospital, имѣвшіе подъ своимъ наблюденіемъ много случаевъ сведенія пальцевъ подъ вліяніемъ сокращенія ладоннаго апоневроза, не приписываютъ этому процессу артритическаго характера.

Первенство операціи тенотоміи.

И такъ, я выше сказалъ, что ортопедическое леченіе искривленій стопы въ описываемомъ госпиталѣ начинается тенотоміею; какъ ни проста, повидимому, эта операція, тѣмъ не менѣе, ея первенство оспаривается тремя европейскими національностями; этотъ фактъ самъ по себѣ можетъ служить нѣкоторымъ доказательствомъ тому, что *тенотомія имѣетъ важное значеніе въ ортопедической хирургіи.*

Не подлежитъ сомнѣнію, что 28/II 1831 нѣмецкій хирургъ Штромейеръ [1]) впервые сдѣлалъ подкожную тенотомію Ахиллесова сухожилья у 19-лѣтняго юноши, страдавшаго неприрожденною формою искривленія стопы (pes equino-varus); операція протекала безъ воспаленія. По истеченіи двухмѣсячнаго леченія постепеннымъ вытяженіемъ, оперированный юноша сталъ ходить вполнѣ правильно, нося стальную шину на башмакѣ. Тѣмъ не менѣе, изобрѣтателемъ этой операціи, по справедливости, слѣдуетъ признать французскаго хирурга Делпеша [2]), который теоретически предлагалъ ее раньше, чѣмъ ее примѣнилъ на практикѣ Штромейеръ. Англичане же утверждаютъ [3]), что еще Джонъ Гёнтеръ, лично подвергавшійся разрыву Ахиллесова сухожилья (въ 1767 г.), впервые представилъ ясное описаніе процесса за-

---

1) L. Stromeyer, *Beiträge zur operativen Orthopädik.* Hannover, 1838.

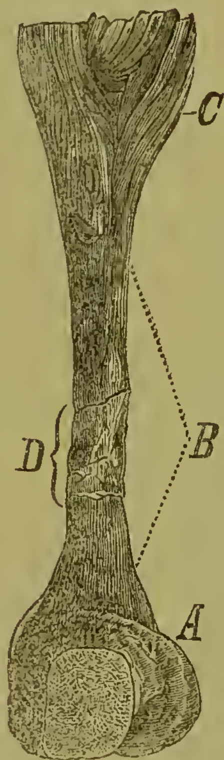
2) Delpech, *Considérations anatom. médic. sur l'orthopédie.* «Revue médic.» Avrile 1827.

3) W. Adams, *Club-foot, its causes, pathology and treatment.* London 1867.

живленія названнаго сухожилья послѣ его подкожнаго сѣченія, которое онъ производилъ искусственно на собакахъ; его препараты по этому вопросу до сихъ поръ хранятся въ музеѣ «Королевской Коллегіи Хирурговъ».—На основаніи многочисленныхъ опытовъ Д. Гёнтеръ пришелъ къ заключенію, что «процессъ заживленія разсѣченнаго сухо«жилья походитъ на таковой послѣ подкожнаго перелома кости». — Вотъ почему англійскій хирургъ Адамсъ требуетъ, чтобы за Д. Гёнтеромъ было признано право первенства операціи тенотоміи. Цитируемый авторъ, въ своемъ трактатѣ о заживленіи ранъ сухожилій въ организмѣ человѣка [1]), описываетъ этотъ процессъ приблизительно такъ: «Верхній конецъ перерѣзаннаго су«хожилья сокращается и уходитъ въ свое «влагалище, которое наполняется лимфою; «послѣдняя постепенно превращается въ «волокнистую ткань, какъ это бываетъ «и при заживленіи простыхъ переломовъ «кости. Эта волокнистая ткань представ«ляется сначала сочною и весьма растя«жимою. На этомъ основаніи при леченіи «искривленій стопы тенотоміею, необхо«димо послѣ операціи подвергать разсѣ«ченное сухожилье постепенному и без«прерывному растяженію,—особенно въ «началѣ процесса заживленія раны. Ког«да процессъ уже закончился, вновь об«разованная сухожильная спайка обы«кновенно бываетъ тоньше нормальной «части сухожилья, а соотвѣтственная «мышца представляется разслабленною «или вялою; затѣмъ постепенно эта спай«ка дѣлается шире и напряженнѣе и, на«конецъ, она принимаетъ всѣ свойства «нормальнаго сухожилья, такъ что ее трудно отличить отъ стараго «участка сухожилья»,—какъ это видно на рис. 58.

Процессъ заживленія раны сухожилья.

Рис. 58.



Препаратъ Ахиллесова сухожилья, указывающій процессъ заживленія раны на 22-й день послѣ сдѣланной тенотоміи у взрослаго (изъ Анатомическаго музея St. George's hospital). *A*—задній бугоръ пяточной кости; *B* — Ахиллесово сухожилье; *C* — икроножныя мышцы; *D*—вновь образовавшаяся сухожильная спайка послѣ 22-дневной тенотоміи.

[1]) W. Adams, *On the reparative process in humans tendons after division*, l. c.

Дурные исходы тенотоміи.

Нерѣдко, однакоже, послѣ неискусно произведенной тенотоміи одинъ или оба конца разсѣченнаго сухожилья прирастаютъ къ ближайшимъ бугоркамъ кости, вслѣдствіе чего нормальное отправленіе соотвѣтственной мышицы нарушается навсегда или, по меньшей мѣрѣ, на продолжительное время. Если такая тенотомія была сдѣлана при pes varus или valgus и сухожилья m-li tibialis postici и flexoris hallucis не срослись, то косолапость впослѣдствіи этого выразится еще болѣе рѣзко. Такой рецидивъ искривленія стопы англичане обозначаютъ терминомъ *«relapsed clubfoot»* (вторичная косолапость); оно не поддается леченію никакими механическими средствами.

Но Ахиллесово сухожилье, которое служитъ наичаще предметомъ тенотоміи, помѣщается на столько далеко отъ большеберцовой кости, что оно весьма рѣдко подвергается вышеуказанному сращенію съ подлежащею костью. Въ другихъ случаяхъ подсѣченіе сухожилья производится у самаго мѣста его прикрѣпленія къ кости; тогда отдѣленный конецъ сухожилья, сростаясь съ послѣдней, образуетъ новое прикрѣпленіе вблизи стараго; такой исходъ, во всякомъ случаѣ, слѣдуетъ признать успѣшнымъ, ибо функція соотвѣтственной мышцы не нарушается.

Я остановился на этомъ вопросѣ дольше, чѣмъ слѣдовало, потому, что нѣкоторые современные хирурги, какъ Фолькманъ, Бэруэлль, Эллисъ, Нобль Смитсъ и друг., высказываются противъ подкожнаго сѣченія различныхъ сухожилій (кромѣ Ахиллесова) съ ортопедическою цѣлью. Съ мнѣніемъ Фолькмана читатель познакомится во второй части предлагаемой книги. Чтоже касается теоріи Бэруэлля, высказанной имъ въ его трактакѣ «о новомъ способѣ леченія искривленій стопы» [1]), то она не подтверждается клиническими наблюденіями. Бэруэлль утверждаетъ, что послѣ разсѣченія tendinis m-li tibialis postici и другихъ глубоколежащихъ сухожилій, послѣднія часто остаются разъединенными на мѣстѣ перерѣзки (the tendon often does not unite in its natural relations), вслѣдствіе чего оперированные остаются *хромоногими* и въ формѣ «relapsed clubfoot» — болѣе трудно излечимой, нежели до операціи. Однакоже, патолого-анатомическія изслѣдованія другихъ англійскихъ клиницистовъ, какъ, напр., Гольмса, не подтвердили высказаннаго Бэруэллемъ предположенія — будто послѣ

[1]) Barwell, *On certain grave evels attending tenotomy and on a new method of curing deformities of the foot* (Med. Chir. Transactions, т. XLV, стр. 25).

подкожной тенотоміи разсѣченные концы сухожилья не сростаются между собою.

Ортопедическій снарядъ Бэруэлля, въ основу котораго входитъ замѣна функціи парализованныхъ мышцъ сокращеніемъ эластическихъ тесемокъ, употребляется преимущественно въ застарѣлыхъ формахъ искривленія стопъ, зависящихъ отъ паралича извѣстныхъ группъ мышцъ. Въ дѣтскомъ же возрастѣ, въ которомъ различныя формы искривленія встрѣчаются особенно часто, тенотомія съ послѣдовательною фиксаціею исправленнаго положенія конечности, практикуется преимущественно. Слѣдуетъ, однакоже, замѣтить, что нѣкоторые спеціально дѣтскіе хирурги въ Англіи придерживаются основной мысли Бэруэлля—лечить искривленія конечности не оперативнымъ путемъ, а исключительно механически. Такъ, напримѣръ, на съѣздѣ Британскихъ Врачей (The British Medical Association) въ Дублинѣ въ 1887 г. дѣтскій хирургъ Нобль Смитсъ [Noble Smith [1])] представилъ ортопедическій снарядъ, при помощи котораго ему удается исправлять различныя искривленія скелета дѣтскаго возраста.

Ортопедическіе снаряды Нобля Смитса.

Достоинства этого снаряда, по увѣренію автора, заключаются въ слѣдующемъ:

1) Простота механизма при сочетаніи легкости съ дѣйствіемъ снаряда.

2) Возможность соизмѣрить силу дѣйствія снаряда во всякое время.

3) Легкое приноравливаніе снаряда къ индивидуальнымъ особенностямъ искривленной конечности.

Леченіе genu valgum.

Рис. 59.

Снарядъ Нобля Смитса для леченія genu valgum.

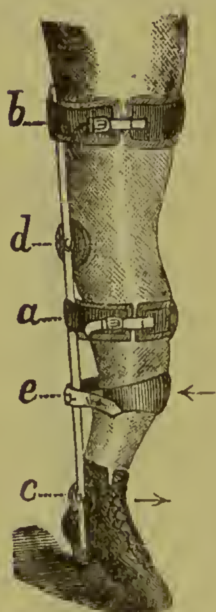
Такъ, напримѣръ, при искривленіи колѣна кнутри —*genu valgum* — средней степени, можетъ быть съ пользою примѣнена слѣдующая шина (рис. 59), которая имѣетъ цѣлью способствовать выпрямленію голени. Эта шина сдѣлана изъ негибкой стали, вверху она имѣетъ форму продолговатой лопасти (a), тѣсно прилегающей къ верхней части наружнаго края бедра; непосредственно ниже этой лопасти находится тугій поясокъ (b), противудѣйствующій смѣщенію шины кпереди; внутренняя часть рем-

[1]) Noble Smith, *The orthopaedic apparatus referred to at a demonstration of modern orthopaedic methods* (см. British Medic. Journ. 31/IV, 1888).

ня снабжена мягкою подстилкою. Кожанный наколѣнникъ (c), укрѣпляющійся къ шинѣ помощью двухъ ремней, имѣетъ цѣлью оттягивать колѣна кнаружи. Наконецъ, самый нижній конецъ (d) шины фиксированъ посредствомъ прямоугольнаго шпенька, входящаго въ гнѣздо, прикрѣпленное къ башмаку. Само собою разумѣется, что при наложеніи снаряда конечность вытягивается. Въ тѣхъ случаяхъ, когда приходится наложить подобныя шины на обѣихъ конечностяхъ, то верхушки шинъ связываются между собою бинтомъ, перекрещивающимся на крестцѣ; тогда оба бедра еще болѣе смѣщаются кпереди, а нижніе концы шинъ препятствуютъ стопамъ выворачиваться. При особенно рѣзкихъ формахъ искривленій колѣна, Нобль Смитсъ совѣтуетъ на сторонѣ, противуположной выгибу колѣна, вставить планочку (a rack joint).

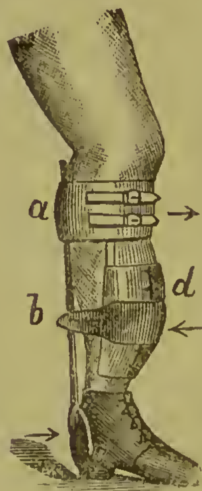
Леченіе искривленныхъ костей голени (crus arcuatum).

Рис. 60.



Снарядъ Нобля Смитса для леченія искривленныхъ костей голени (crus arcuatum).

Рис. 61.



Тотъ же снарядъ, наложенный съ цѣлью исправить передній изгибъ голени.

Изогнутыя голени (crura arcuata) могутъ быть также легко исправлены при помощи такой же шины, но для этого необходимо, чтобы послѣдняя напирала внизу—на голено-стопное сочлененіе и вверху—на внутренній мыщелокъ бедра. Съ этою цѣлью шина прикладывается къ внутреннему краю голени (см. рис. 60); вверху она укрѣпляется пояскомъ *(b)* пониже колѣна; посрединѣ голени проходятъ два пояса *(a, e)*, нажимающіе выгибъ большеберцовой кости, а внизу прямоугольный шпенекъ *(c)* входитъ въ гнѣздо башмака и этимъ фиксируетъ шину; между первымъ и вторымъ поясами къ шинѣ придѣланъ пелотъ *(d)*. При переднемъ изгибѣ голени эта шина приспособляется нѣсколько иначе, какъ указано на рис. 61, причемъ для избѣжанія давленія на верхушку изгиба подкладывается подъ ремень толстый кусокъ гутаперчи (d).

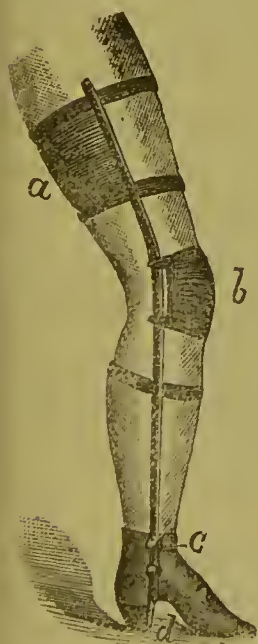
Леченіе хроническаго воспаленія колѣна.

Нобль Смитсъ, въ своемъ докладѣ о благотворномъ дѣйствіи этой шины, приводитъ еще слѣдующій клиническій случай. Восьмилѣтній ребенокъ золотушнаго темперамента, съ весьма подозрительною наслѣдствен-

ностью, три года страдалъ воспаленіемъ колѣна, травматическаго происхожденія. Въ теченіи этого времени больной пробылъ въ рукахъ знаменитаго костоправа (bonesetter), который примѣнялъ сильное вытяженіе, результатомъ чего послѣдовало образованіе нарыва и значительное ухудшеніе болѣзни: появились боли и опухоль колѣна.—Въ такомъ состояніи болѣзни авторъ наложилъ больному свой снарядъ (рис. 62), который въ данномъ случаѣ состоялъ изъ двухъ металлическихъ шинъ (по каждому краю конечности), связанныхъ заднимъ переплетомъ (a) и безъ шалнера въ колѣнномъ сгибѣ; на колѣно накладывался наколѣнникъ (b), фиксировавшій больное сочлененіе. Голено-стопный суставъ также фиксировался помощью винта (c), проходящаго въ шинѣ вблизи лодыжекъ; такимъ образомъ, при хожденіи, сила тяжести тѣла поддерживалась только вверху на сѣдалищныхъ буграхъ и безъ содѣйствія мышцъ голени. Наконецъ, чтобы уравновѣсить силу тяжести, смѣщающейся вслѣдствіе легкаго сгибанія колѣна, авторъ указываетъ на необходимость сдѣлать подошву сапога, болѣе выпуклою, какъ это представлено на рис. 62.

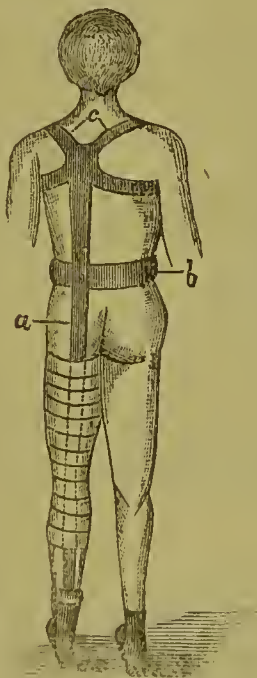
Только благодаря этому снаряду, здоровье подозрительнаго больнаго значительно поправилось: боли, жаръ и опухоль въ колѣнѣ весьма

Рис. 62.



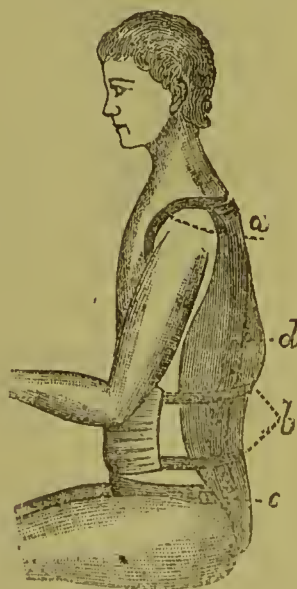
Снарядъ Нобля Смитса для леченія хроническихъ воспаленій колѣна.

Рис. 63.



Снарядъ Нобля Смитса для леченія остраго воспаленія тазобедреннаго сустава.

Рис. 64.



Снарядъ Нобля Смитса для леченія искривленія позвоночника.

быстро исчезли. Годъ спустя больной могъ ходить вполнѣ свободно; но въ виду предрасположенія больнаго къ туберкулезу, авторъ совѣтовалъ ему продолжать носить этотъ снарядъ, который вовсе не былъ въ тягость больному.

Леченіе coxitidis acutae.

При леченіи остраго воспаленія тазобедреннаго сустава, Нобль Смитсъ накладываетъ позади конечности длинную шину (a), фиксированную помощью набрюшника (b) и надплечниковъ (c), причемъ грудь остается вполнѣ свободною (рис. 63).

Леченіе morbus Potti.

Наконецъ, даже при леченіи костоѣды позвонковъ авторъ получалъ весьма успѣшные результаты отъ примѣненія такихъ вытягивающихъ шинъ. Для этого онъ помощью гипса или гуттаперчи снимаетъ слѣпокъ со спины при сидячемъ положеніи больнаго ребенка съ согнутыми бедрами; къ этому слѣпку прикрѣпляются по бокамъ позвоночника двѣ металлическіе шины (d); затѣмъ придѣлываются надплечники (a), набрюшникъ (b) и тазовой поясъ (c), помощью которыхъ весь снарядъ фиксируется должнымъ образомъ (см. рис. 64).

Теорія Эллиса относительно леченія искривленій ногъ.

Наконецъ, другіе англійскіе хирурги, практикующіе въ дѣтскихъ больницахъ, не только отрицаютъ необходимость тенотоміи при леченіи искривленія ногъ, но признаютъ совершенно излишнимъ даже примѣненіе какихъ бы то ни было ортопедическихъ снарядовъ. Такъ, напримѣръ, д-ръ Т. С. Эллисъ [1])—консультантъ по хирургіи въ Глейчестерскомъ госпиталѣ—уже пятнадцать лѣтъ примѣняетъ *непосредственное вліяніе мышечнаго сокращенія на извѣстныя точки скелета, какъ лучшее средство леченія или предупрежденія развитія различныхъ формъ искривленій ногъ* (the direct influence of muscular action in cure or provention the knock-knee and flat-foot). Въ послѣднее время названный авторъ опять поднялъ этотъ вопросъ на страницахъ «British Medical Journal» [2]) и въ одной изъ обнародованныхъ статей Т. Эллисъ прямо говоритъ: «Я убѣжденъ, что при «леченіи искривленія колѣна (genu valgum) примѣнѣніе снарядовъ «вообще вредно или, по меньшей мѣрѣ, безполезно; тоже самое я на-

---

[1]) Thomas Ellis—извѣстный дѣтскій хирургъ въ Глейчестерѣ; онъ воспитанникъ Лондонскаго St. Bartholomew's College и извѣстенъ въ англійской литературѣ своими научными работами по вопросамъ, касающимся патологіи стопы. Изъ выдающихся его работъ я могу указать на «*The arc of the foot*» (О сводѣ стопы), «*The position of rest*» (О положеніи при покоѣ), «*Physiology of the feet*» (о физіологіи стопъ).

[2]) См. названный журналъ 20/v 1887 и 30/vi 1888.

«блюдалъ относительно тенотомій. Чтоже касается до резекцій или «остеотомій, то я долженъ признать это недозволительнымъ изуродо-«ваніемъ» [as unwarrantable mutilations [1])].

Принимая во вниманіе, что теорія д-ра Эллиса имѣетъ за собою анатомо-физіологическую основу, я считаю его взглядъ вполнѣ заслуживающимъ вниманія хирурговъ-клиницистовъ, хотя нельзя не признать за нимъ извѣстной доли увлеченія. Эллисъ говоритъ, что при наружномъ искривленіи ногъ (genu valgum) сила сокращенія мышцъ дѣйствуетъ на скелетъ нижнихъ конечностей по закону параллелограмма силъ, т. е., слѣдующимъ образомъ: представимъ себѣ скелетъ подобнаго больнаго въ видѣ схемы, изображенной на прилагаемомъ рисункѣ (см. рис. 65); при вліяніи силы по направленію линіи *ab* и противудѣйствующей силы *ac* колѣно должно направиться по равнодѣйствующей этихъ двухъ силъ, или по направленію стрѣлки *d*, потому что всѣ мышцы, начинающіяся на костяхъ таза и прикрѣпляющіяся къ голени, дѣйствуютъ по направленію линіи отъ *a* къ *b*, тогда какъ тяжесть тѣла дѣйствуетъ по линіи отъ *a* къ *c*. Если стопы фиксированы, какъ это имѣетъ мѣсто на представленной схемѣ, то сокращеніемъ названныхъ группъ мышцъ колѣно переносится кнаружи по прямой линіи, лежащей между тазомъ и стопой. Отсюда явствуетъ,

Рис. 65.

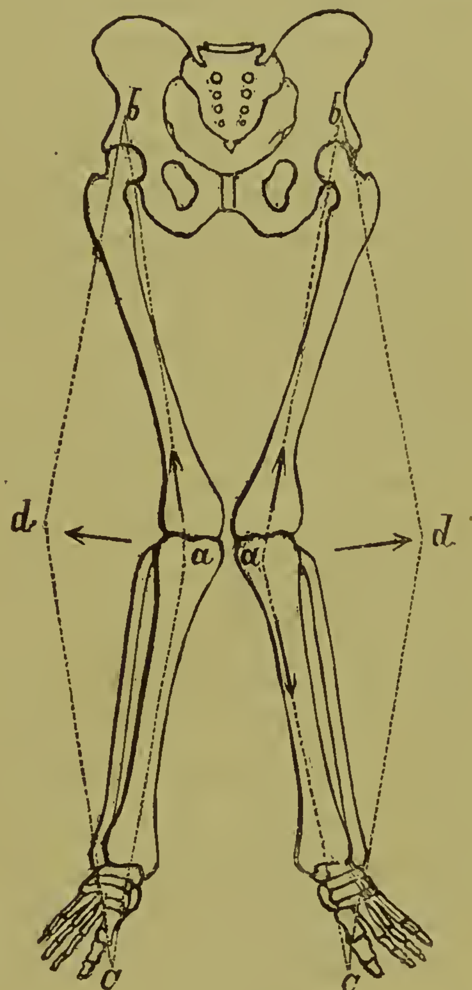


Схема скелета нижнихъ конечностей съ указаніемъ вліянія мышечнаго сокращенія на перемѣщеніе колѣна по теоріи Эллиса.

[1]) T. S. Ellis. *Preventive Surgery, as illustrated in knock-knee and flat-foot* (British Med. Journal 30/VI 1888, стр. 1379).]

что если musculus peroneus longus отводитъ (абдуцируетъ) стопу при свободномъ движеніи, то эта самая мышца, при фиксированіи стопы, будетъ отводить колѣно кнаружи; равнымъ образомъ и musculus glutaeus medius, отводящій одновременно бедро съ голенью, будетъ, если фиксировать стопу, отводить одно лишь колѣно.

Всѣ эти экскурсіи колѣна Т. Эллисъ демонстрировалъ на схематической модели скелета, на которой сочлененія были представлены въ формѣ шалнеровъ, а мышцы замѣняли эластическія тесьмы.

Правда, замѣчаетъ авторъ, что мышцы, прикрѣпляющіяся къ тазу и къ голени (напр., всѣ аддукторы) прикрѣпляются также отчасти къ бедру, но сокращеніе таковыхъ не препятствуетъ вышеприведенному результату. Равнымъ образомъ и мышцы, оттягивающія колѣна назадъ, дѣйствуютъ по направленію линіи отъ *b* къ *a*; но всѣ эти вліянія несущественны: мышечная сила отводящихъ мышцъ, если только послѣднія достаточно сильны, преодолѣетъ всѣ подобныя вліянія. Короче, группа мышцъ, переносящихъ тяжесть тѣла и оттягивающихъ тазъ, при упорѣ конечностей внизу, отводитъ колѣно кнаружи по прямой линіи, находящейся между стопой и тазомъ. Стало быть, вотъ эту-то группу мышцъ и слѣдуетъ утилизировать при леченіи кривыхъ колѣнъ (genu valgum).

Въ обширной дѣтской практикѣ Эллиса этотъ принципъ леченія оказался могущественнымъ средствомъ даже при весьма дурныхъ формахъ искривленія (the worst cases). Онъ утверждаетъ, что недостатокъ мышечныхъ сокращеній влечетъ за собою разслабленіе сухожилій и измѣненія въ сочленовныхъ поверхностяхъ костей, тогда какъ частое упражненіе этихъ мышцъ дѣлаетъ ихъ сухожилья напряженными и упругими, хотя бы онѣ находились въ пассивномъ сокращеніи; далѣе, при постоянномъ упражненіи извѣстной группы мышцъ, и сочленовные хрящи, по словамъ Эллиса, принимаютъ свою нормальную форму. — Отсюда вытекаетъ прямой выводъ: *подсѣченіе сухожилья или безусловный покой конечности, при леченіи искривленія колѣна, безусловно вредны.*

Почти такой же анатомо-физіологическій принципъ входитъ въ теорію Эллиса относительно леченія плоской стопы: подсѣченіе сухожилья m-li tibialis postici или m-li flexoris hallucis longi влечетъ за собою ослабленіе группы икроножныхъ мышцъ, результатомъ чего неминуемо является пониженіе нормальнаго свода стопы; стало быть,

pes planus не только не устранится, но, напротивъ того, значительнѣе выразится.

Практическое примѣненіе теоріи Эллиса при леченіи искривленій колѣна или стопы выражается въ формѣ различныхъ цѣлесообразныхъ движеній опредѣленныхъ группъ мышцъ. Такъ, при genu valgum онъ заставляетъ больнаго чрезмѣрно вытягивать (экстендировать) колѣно и тазъ, затѣмъ, послѣ нѣкоторой паузы, быстро и сильно опускать конечность внизъ. Тоже самое дѣлается при леченіи искривленія стопы: больной долженъ сначала становиться на цыпочки, а затѣмъ—внезапно и быстро опускаться на пятку. Эти послѣднія (пассивныя) сокращенія Эллисъ совѣтуетъ производить посредствомъ машины, состоящей изъ гири, приподнятой помощью блока на извѣстную вышину. Еще лучше (менѣе скучно)—заставить больнаго вращать большой воротъ, рукоятка котораго съ трудомъ достигается пальцами, когда она очутится вверху; или дать больному болѣе сложныя работы, какъ, напримѣръ, дѣйствовать насосомъ опять-таки при условіи—высокаго подыманія рычага; звонить въ церковный колоколъ—есть также весьма полезное упражненіе для подобнаго рода больныхъ.

Эллисъ утверждаетъ, что онъ не можетъ себѣ представить ребенка, который, при привычкѣ лазать по деревьямъ или по мачтѣ, страдалъ бы искривленіемъ колѣна или стопы. Слѣдуетъ замѣтить, что въ обыденной жизни дѣтей, равно какъ при ихъ обыкновенныхъ гимнастическихъ упражненіяхъ, вышеуказанныя движенія производятся относительно рѣдко. Вообще же говоря, частыя прогулки, массажъ и все, что подымаетъ питаніе мышцъ, несомнѣнно принесутъ пользу больному; но тѣ цѣлесообразныя движенія, которыя имѣютъ непосредственное вліяніе на измѣненіе формы скелета, должны производиться босыми ногами, чтобы ни обувь, ни чулокъ не смѣщали кнаружи большой палецъ, нормальная функція котораго есть движеніе внизъ и внутрь.

Критическая оцѣнка теоріи Эллиса.

И такъ, главная задача д-ра Эллиса при леченіи искривленій ногъ составляетъ стремленіе—усилить вліяніе группъ мышцъ на извѣстныя точки скелета; другими словами, онъ принимаетъ за этіологическій моментъ развитія genu valgum и pes planum разслабленіе сухожилій отводящихъ мышцъ. Но, вѣдь, извѣстно, что патогенезъ этихъ измѣненій скелета нерѣдко лежитъ въ самыхъ костяхъ. Принявъ одну лишь теорію Эллиса, трудно рѣшить слѣдующіе вопросы: что же препятствуетъ этимъ мышцамъ сокращаться должнымъ образомъ въ начальномъ періодѣ развитія genu valgum? Что, собственно, вызываетъ раз-

слабленіе однѣхъ мышцъ и усиленное сокращеніе другихъ? Мы знаемъ, что genu valgum наблюдается не только у людей, занимающихся опредѣленной профессіею, способствующей развитію искривленія колѣна кнаружи, какъ напримѣръ, у пекарей, мороженниковъ и вообще у мелкихъ торговцевъ, носящихъ тяжести на головѣ, но нерѣдко эта-же форма искривленія колѣна наблюдается у молодыхъ дѣвицъ, которымъ вовсе не приходится носить тяжести или долго стоять на ногахъ и, тѣмъ не менѣе, у нихъ извѣстная группа мышцъ (отводящія бедро) разслаблена, а противулежащая имъ группа, напротивъ, чрезмѣрно напряжена.

Я далекъ отъ мысли—рѣшить здѣсь спорный вопросъ о патогенезѣ искривленій колѣнъ или стопъ, но коснулся этого вопроса мимоходомъ лишь на столько, на сколько это было необходимо, чтобы выяснить читателю темныя стороны теоріи Эллиса. Я не сомнѣваюсь въ томъ, что нѣкоторыя формы искривленія колѣна и стопы могутъ быть исправлены помощью цѣлесообразной (шведской) гимнастики, но никакъ не могу себѣ представить—какой процессъ побудитъ внутренній мыщелокъ бедра (condylus internus), представляющійся вдвое объемистѣе нормальнаго, особенно у взрослаго мужчины, всосаться или смѣститься въ сторону подъ вліяніемъ усиленнаго сокращенія мышцъ.

Короче, теорія Эллиса примѣнима во многихъ случаяхъ *начальнаго* развитія искривленія скелета, преимущественно, въ дѣтскомъ возрастѣ; но авторъ ея, я полагаю, уже слишкомъ увлекается, утверждая, что всякая остеотомія при genu valgum есть непозволительное изуродованіе скелета (см. выше, стр. 427).

При нынѣшнемъ воззрѣніи на этіологію процессовъ искривленій всѣ три способа леченія—ортопедическій, гимнастическій и оперативный—могутъ имѣть клиническія показанія въ томъ или другомъ случаѣ.—Вотъ почему я считалъ полезнымъ познакомить читателя съ основами этихъ трехъ различныхъ путей хирургической терапіи искривленій нижнихъ конечностей.

Въ заключеніе этой главы я намѣренъ представить способъ наложенія неподвижныхъ повязокъ съ цѣлью фиксированія конечности или грудной клѣтки.—Въ англійскихъ госпиталяхъ вообще очень рѣдко примѣняются гипсовыя повязки; во многихъ случаяхъ хирурги-клиницисты замѣняютъ гипсъ каучуковыми лубками или войлочными шинами, пропитанными шеллакомъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ, кромѣ фиксированія скелета, отъ повязки требуется еще извѣстная пластичность,

англійскіе хирурги примѣняютъ парафиновые лубки (Young's parafin splints).

Парафинъ англійской фабрики Юнга представляется въ формѣ плотныхъ брусковъ, бѣлаго цвѣта, безъ запаха, полупрозрачный и плавится при температурѣ въ 43,5° Р. или 130° Ф.; онъ не измѣняется ни подъ какимъ внѣшнимъ вліяніемъ, кромѣ жара.—Для приготовленія изъ подобнаго парафина лубка, шины или цѣлой неподвижной повязки, необходимо еще имѣть простую, небѣленую, самаго дешеваго качества вату, но сложенную въ формѣ отдѣльныхъ пластовъ.

Приготовленіе парафиновыхъ повязокъ.

Техника приготовленія парафиновыхъ повязокъ. Парафиновый брусокъ наскабливается въ формѣ мелкихъ стружекъ, которыя вкладываются въ какой-либо сосудъ, вставленный въ другой сосудъ, наполненный кипяткомъ; въ теченіи 10—30 минутъ времени (смотря по количеству парафина) стружки расплавляются въ однообразную, прозрачную, жидкую массу. Не слѣдуетъ только плавить парафинъ на пламени, ибо онъ, какъ жиръ, зажигается, хотя зажженная спичка, брошенная въ расплавленный парафинъ, гаснетъ и не воспламеняетъ парафинъ. Затѣмъ расправляется слой ваты (толщина котораго соизмѣряется съ требуемой прочностью повязки), и помощью ножницъ выкраивается такой величины и формы лоскутъ ваты, который съ избыткомъ покрылъ бы подлежащую конечность; выкроенный ватный лоскутъ скатывается на подобіе бинта и погружается на нѣсколько минутъ въ расплавленный парафинъ; когда вата достаточно пропиталась парафиномъ, этотъ лоскутъ вынимается изъ сосуда и раскладывается на кускѣ клеенки, смоченной масломъ. Если онъ остылъ на столько, что къ поверхности его можно приложить тылъ руки, то это указываетъ, что лоскутъ можно наложить на оперируемую конечность, которую слѣдуетъ, во всякомъ случаѣ, прежде обвить газовымъ бинтомъ, чтобы горячій парафинъ не слишкомъ прилипалъ къ тѣлу. Обвернувъ конечность пропитанною парафиномъ ватой, врачъ помощью марлеваго бинта прижимаетъ ее равномѣрно ко всѣмъ изгибамъ и выступамъ конечности, причемъ излишекъ парафина выжимается и стекаетъ. Если теперь оросить конечность струей холодной воды или погрузить оперируемый членъ въ сосудъ съ холодной водой, то наложенная повязка быстро твердѣетъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда требуется имѣть *съемную неподвижную повязку*, какъ, напримѣръ, при леченіи открытыхъ переломовъ, то, прежде чѣмъ приложить растопленный ватно-парафиновый лоскутъ, на конечность накладываются двѣ металлическія (изъ

олова или жести) пластинки и по нимъ разсѣкается повязка раньше, чѣмъ парафинъ вполнѣ успѣлъ отвердѣть; послѣ этого оперируемая конечность погружается въ холодную воду. Теперь можно снять парафиновую повязку, не рискуя измѣнить ея форму, а въ случаѣ надобности въ ней можно ножницами прорѣзать требуемое число оконъ. Вообще-же для полнаго отвердѣнія подобной парафиновой повязки, безъ погруженія ея въ холодную воду, требуется отъ 20—30 минутъ времени.—Бывшая въ употребленіи повязка легко растапливается, парафинъ ея освобождается и можетъ быть опять употребленъ для той-же цѣли.

Для наложенія *Сэйровскаго корсета* при помощи парафина, поступаютъ такимъ образомъ: на голое тѣло надѣвается тонкая вязанная фуфайка (или jersey), больнаго подвѣшиваютъ на треножникѣ такъ, чтобы онъ пальцами стопъ касался земли, и вокругъ туловища обкладывается широкій ватно-парафиновый плащъ, приготовленный вышеуказаннымъ образомъ, и ходами газоваго бинта выжимается избытокъ растопленнаго парафина. Затѣмъ этотъ корсетъ разрѣзается спереди, снимается съ туловища и охлаждается помощью холодной воды; къ краямъ разрѣза придѣлываются крючки и въ такомъ видѣ приготовленный корсетъ можетъ вполнѣ замѣнить войлочный съемный аппаратъ Сэйра. Если отъ долгаго употребленія внутренняя поверхность корсета загрязнится, то ее можно вымыть губкой, смоченной въ холодной водѣ.

Преимущества парафиновой повязки.

Преимущества парафиновой повязки. 1) Такая повязка можетъ быть приготовлена во всякое время и она не измѣняется подъ вліяніемъ влажности, или отдѣляемаго раны (гноя, крови и т. п.). 2) Техника ея приготовленія до-нельзя проста и не требуетъ особенной опытности. 3) Затвердѣніе повязки вполнѣ въ рукахъ врача, т. е., расплавленный парафинъ можетъ быть охлажденъ въ теченіи нѣсколькихъ минутъ или пластичность его можно, по желанію, продлить до получаса. 4) До полнаго затвердѣнія ватно-парафиновая масса рѣжется очень легко. 5) Повязка вообще легка и удобна. 6) Парафинъ можетъ служить для многократнаго употребленія въ формѣ повязки, вслѣдствіе чего цѣнность этого матеріала много меньше, нежели даже обыкновеннаго хорошаго гипса.

Въ Royal Orthopaedic hospital я видѣлъ многихъ дѣтей въ парафиновыхъ повязкахъ; по виду, онѣ вполнѣ цѣлесообразны: легки, нelomки и достаточно прямо фиксируютъ конечности. Не знаю только—не

измѣняется ли форма повязки или парафиновой шины подъ вліяніемъ тепла тѣла самаго больнаго? Правда, что парафинъ *плавится* только при 43° Р., но, вѣдь, и t° въ 37—38° Ц. можетъ также размягчить парафинъ и тогда повязка, подъ вліяніемъ сокращенія мышцъ, измѣнитъ свою форму, что во многихъ ортопедическихъ случаяхъ вовсе нежелательно.

Однакоже, похвальные отзывы о парафиновыхъ повязкахъ такого компетентнаго хирурга, какъ Мэкъ-Юэнъ [1]), могутъ служить нѣкоторою гарантіею въ томъ, что парафинъ со временемъ найдетъ себѣ широкое примѣненіе въ хирургическихъ клиникахъ.—Къ сожалѣнію, у насъ въ Россіи чистый парафинъ слишкомъ дорогъ (до 50 коп. фунтъ) въ сравненіи съ гипсомъ, чтобы первый могъ замѣнить столь частое употребленіе послѣдняго. Во всякомъ случаѣ испытать парафинъ съ ортопедическою цѣлью, я полагаю, найдутся многіе врачи, практикующіе по дѣтскимъ болѣзнямъ.

Въ заключеніе описанія дѣятельности Royal Orthopaedic hospital въ Лондонѣ, я могу только высказать свое сожалѣніе о томъ, что это весьма солидное учрежденіе не обнародываетъ годовыхъ отчетовъ своей дѣятельности, подобно другимъ вышеописаннымъ больницамъ. Поэтому я лишенъ возможности представить какія-либо статистическія свѣдѣнія о результатахъ ортопедическаго леченія искривленій конечностей или позвоночника у дѣтей.—Къ вышепредставленнымъ наблюденіямъ, вынесеннымъ мною изъ Royal Orthopaedic hospital, я могу лишь прибавить, что авторитетное имя д-ра Бродгёрста, стоящаго во главѣ врачебнаго персонала, гарантируетъ отчасти успѣхъ этого учрежденія въ научномъ и практическомъ отношеніяхъ. Въ виду этого я считаю небезъинтереснымъ—указать читателю ученые труды д-ра Бродгёрста, давшіе ему научное право стать руководителемъ спеціальной ортопедической больницы.

Brodhurst (Bernard)—воспитанникъ London hospital, гдѣ онъ окончилъ курсъ медицинскихъ наукъ въ 1844 г.; званіе члена «Королевской Коллегіи Хирурговъ» онъ получилъ въ 1859 г. Долгое время онъ завѣдывалъ ортопедическимъ отдѣленіемъ въ St. George's hospital, гдѣ онъ читалъ студентамъ систематическій курсъ по «ортопедической хирургіи». Затѣмъ онъ занялъ постъ старшаго хирурга въ Royal Ortho-

[1]) Mac-Ewen. *On parafin splints* (см. Glasgow Medical Journal. August 1880).

paedic hospital, каковой онъ занимаетъ по-нынѣ. Изъ выдающихся трудовъ д-ра Бродгёрста я укажу на слѣдующіе:

1) *Curvatures and diseases of the spine* (Искривленія и болѣзни позвоночника)—книга, выдержавшая три изданія.

2) «*Club foot and analogous distortions*» (Косолапость и аналогичныя искривленія стопы).

3) «*On anchylosis*» (Объ анкилозахъ)—четыре изданія.

4) «*Lectures on orthopaedic surgery*» (Лекціи объ ортопедической хирургіи, читанныя въ колледжѣ при St. George's hospital) — сочиненіе выдержало два изданія.

Литературные источники:

1) *Royal Orthopaedic hospital.—Forty sixth annual Report for 1884.* London 1885 (оффиціальное изданіе).

2) Пита.—*Болѣзни верхнихъ и нижнихъ конечностей.* Русскій переводъ, Спб. 1871.

3) Tillaux. *Руководство по Топографической Анатоміи.* Русскій переводъ. Спб. 1884.

4) Грейденбергъ. *Новый случай атетоза* (см. «Врачъ», № 40, 1882).

5) Noble Smith. *Seventy cases of Dupuytren's contractions of the palmar fascia.* (см. «British Med. Journal», т. II, 1885).

6) L. Stromeyer. *Beiträge zur operativen Orthopädik.* Hannover 1838.

7) Delpech. *Considérations anatom. médic. sur l'orthopédie.* (см. «Revue médicale», Avril, 1827).

8) W. Adams. *Club-foot, its causes, pathology and treatment.* London 1867.

9) Онъ-же. *On the reparative process in human tendons after division.*

10) Barwell. *On certain grave evels attending tenotomy and on a new method of curing deformities of the foot.* («Med. Chir. Transactions», т. XLV, стр. 25).

11) Noble Smith. *The orthopaedic apparatus reffered to at a demonstration of modern orthopaedic methods* (см. «British Med. Journal» 1888, 31/IV).

12) T. S. Ellis. *Proventive Surgery, as illustrated in knock-knee and flat-foot.* («British Med. Journal» 1888, 30/VI).

13) Mac-Even. *On parafin splints.* («Glasgow Medical Journal» 1880, August).

ГЛАВА XV.

Royal College of Surgeons of England. Особенность англійскихъ медицинскихъ школъ можетъ быть очерчена афоризмомъ—«*non scholae, sed vitae discimus*».—Основаніе «*Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи*».—Троякое назначеніе ея: а) *какъ высшее врачебно-образовательное учрежденіе, контролирующее знанія хирурговъ.*—Выдача ученыхъ дипломовъ, какъ статья доходовъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ». Составъ этой Коллегіи и результаты экзаменовъ на различныя ученыя званія.—Пожертвованіе Эразма Уильсона «Королевской Коллегіи Хирурговъ»—капиталъ въ 2.000,000 руб.—б) *Назначеніе ея, какъ ученая корпорація врачей.*—Перечень частныхъ лекцій, читанныхъ въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» по теоретическимъ вопросамъ медицины.—Лекція проф. Тревса по анатоміи кишечника.—Длина различныхъ отдѣловъ кишечника.—Особенность двѣнадцатиперстной кишки. — *Fossa duodeno-jejunalis, какъ причина herniae retroperitonealis.*—Видъ кишечника въ зародышевомъ состояніи.—Развитіе двѣнадцатиперстной кишки.—Объ отношеніи брюшины къ кишечнику.—Hernia retroperitonealis по Э. Куперу.—О расположеніи тонкихъ кишекъ.—Топографія слѣпой кишки.—Ободочная кишка.—О роли брыжжейки при внутреннемъ ущемленіи кишечника.—Общее заключеніе о работѣ Тревса.—в) *Значеніе Королевской Коллегіи Хирурговъ, какъ историческій памятникъ развитія хирургіи въ Англіи.*—Описаніе Гёнтеровскаго музея въ Лондонѣ. а) «*The Western Museum*».—Планъ анатомической залы *Hunterian Museum*'а.—Описаніе нѣкоторыхъ препаратовъ по топографической анатоміи.—б) «*The Middle Museum*».—с) «*The Eastern Museum*»—Каталогъ Гёнтеровскаго музея, составленный Пэджетомъ.—Нѣкоторыя историческія свѣдѣнія объ этомъ музеѣ.—Литературные источники.

До сихъ поръ представленные очерки практической дѣятельности медицинскихъ школъ и главныхъ врачебныхъ учрежденій Лондона, я полагаю, даютъ читателю возможность получить ясное представленіе о современномъ состояніи практической хирургіи въ Англіи.—Въ этихъ очеркахъ нетрудно подмѣтить одну особенность англійскихъ школъ медицины вообще, а хирургіи въ частности,—особенность, придающую англійской медицинѣ своебразный характеръ, мало схожій съ направленіемъ германскихъ и русскихъ школъ.—Особенность эта можетъ

Особенность англійскихъ медицинск. колледжей.

28*

быть выражена классическимъ изрѣченіемъ «*non scholae, sed vitae discimus*» (не для школы, но для жизни учимся мы)! Вотъ почему въ предшествовавшихъ главахъ мнѣ приходилось такъ мало говорить о теоретическихъ воззрѣніяхъ выдающихся дѣятелей современной хирургіи; въ аудиторіяхъ медицинскихъ колледжей рѣдко приходится слышать теоретическія разсужденія о новѣйшихъ спорныхъ вопросахъ, какъ, напр., о сущности воспаленія, о процессѣ броженія, о роли микроорганизмовъ въ патологическихъ процессахъ и т. п.

Слѣдуетъ ли отсюда выводить заключеніе, что медицинскіе колледжи въ Лондонѣ, какъ чисто профессіональныя школы, не имѣютъ подъ собою научной почвы? Что современные англійскіе врачи — техники: костоправы, камнесѣчители, оваріотомисты, или въ лучшемъ смыслѣ, они только узкіе спеціалисты, какъ акушеры, хирурги или терапевты? или, наконецъ, что теоретическіе вопросы медицины не входятъ вовсе въ кругъ научной разработки современныхъ хирурговъ Англіи? На всѣ эти вопросы мы даемъ категорическій отвѣтъ: Нѣтъ! И вотъ почему: медицинскія школы въ Англіи слѣдуетъ разсматривать только какъ *приготовительныя* врачебно-образовательныя *учрежденія*, по прохожденіи курса которыхъ молодые врачи не заканчиваютъ своего образованія, а только начинаютъ дифференцировать свои познанія въ той или другой отрасли медицинскихъ наукъ; другими словами, молодые люди, окончившіе курсъ наукъ въ медицинской школѣ, обязаны еще совершенствоваться въ высшихъ медицинскихъ учрежденіяхъ—«Королевской Коллегіи Хирурговъ или Медиковъ». Далѣе, ни въ какомъ изъ Европейскихъ государствъ нельзя встрѣтить такой тѣсной связи между теоріею и практикою въ медицинѣ, какъ въ Англіи, ибо въ послѣдней мало-мальски выдающійся врачъ неизбѣжно долженъ заявлять себя какими-нибудь литературными трудами, безъ которыхъ ему нѣтъ доступа къ высшимъ ступенямъ врачебной іерархіи. Наконецъ, разработка научно-теоретическихъ вопросовъ можетъ идти вполнѣ успѣшно только при условіи—имѣть свободную арену для научныхъ изслѣдованій; поэтому въ Англіи наиболѣе сложныя и трудныя задачи современной медицины разрабатываются не столько въ лабораторіяхъ различныхъ медицинскихъ школъ и не *присяжными* профессорами, сколько въ приватныхъ кабинетахъ или въ учебно-вспомогательныхъ учрежденіяхъ Королевскихъ Коллегій *частными лицами*, такъ удачно названными французами «professeurs libres».

Выше, при описаніи школы проф. Листера, я, между прочимъ, уже

указалъ читателю на то, что Уатсонъ-Чэйне, извѣстный своими научными изслѣдованіями по «зародышевой теоріи» и по бактеріологіи вообще, вынужденъ работать въ своей собственной лабораторіи, на частной квартирѣ, не смотря на то, что онъ занимаетъ постъ лектора по хирургіи и ассистента проф. Листера въ King's College. Къ этому я могу еще теперь прибавить, что въ февр. 1888 г. этотъ же Уатсонъ-Чейне прочиталъ курсъ лекцій въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» по вопросу о значеніи микроорганизмовъ въ воспалительномъ процессѣ [1]) и слушателями этихъ лекцій были не студенты, а врачи-спеціалисты—члены Коллегіи Хирурговъ.

Итакъ, практическая жизнь англичанъ создала извѣстный типъ медицинскихъ школъ, которыя служатъ только подготовительными учрежденіями для пріобрѣтенія опредѣленныхъ прикладныхъ знаній по врачебновѣдѣнію; что-же касается дальнѣйшаго самоусовершенствованія врачей въ различныхъ отрасляхъ медицины, то эти познанія пріобрѣтаются въ двухъ высшихъ учрежденіяхъ: *Royal College of Physicians* и *Royal College of Surgeons*. Съ дѣятельностью и задачами послѣдней Коллегіи я намѣренъ познакомить читателя болѣе обстоятельно.

Основаніе «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи».

Выше я уже сказалъ, что въ началѣ текущаго столѣтія, при царствованіи короля Георга III, англійскій парламентъ издалъ билль объ учрежденіи «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи» (Royal College of Surgeons of England) и ассигновалъ 250,000 руб. на устройство лабораторій и пріобрѣтеніе богатѣйшей коллекціи анатомическихъ препаратовъ покойнаго проф. Джона Гёнтера для названной Коллегіи. Съ 1843 г. «Коллегія Хирурговъ» сравнена по своимъ правамъ съ «Коллегіей Медиковъ».

Это учрежденіе управляется совѣтомъ, состоящимъ изъ одного президента, двухъ вице-президентовъ и 21 члена; всѣ эти лица выбираются изъ среды хирурговъ, имѣющихъ званіе члена (F. R. C. S. E.) «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи».—Въ 1887 г. президентомъ этой коллегіи числился Уильямъ Сэвори (William Savory), вице-президентами — проф. Джонатанъ Гётчинсонъ и Джозефъ Листеръ.

---

[1]) Watson Cheyne. *Lectures on suppurations and septic diseases*, delivered at the Royal College of Surgeons. February 1888 (см. British Medic. Journ. 1888, т. I, стр. 404).

Троякое назначеніе «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи».

«Королевская Коллегія Хирурговъ въ Англіи» имѣетъ троякое назначеніе: во-первыхъ, она служитъ высшимъ медицинскимъ учрежденіемъ, контролирующимъ познанія лицъ, добивающихся ученыхъ званій по хирургіи. Съ этою цѣлью составляется изъ членовъ совѣта этой Коллегіи особенная экзаменаціонная коммиссія (board of examiners), которая производитъ повѣрочныя испытанія на слѣдующія ученыя званія: дантиста, бакалавра хирургіи, магистра хирургіи, лицентіата по акушерству, кандидата и члена «Королевской Коллегіи Хирурговъ».

Во-вторыхъ, она играетъ роль ученой академіи, авторитетомъ которой санкціонируются рѣшенія спорныхъ вопросовъ и въ тоже время она даетъ возможность молодымъ врачамъ совершенствоваться въ различныхъ отрасляхъ хирургіи. Для этого въ названной Коллегіи учреждены нѣсколько лабораторій (анатомическая, физіологическая, патологическая и др.), богатѣйшій анатомическій музей, обширная библіотека, нѣсколько аудиторій и цѣлый штатъ профессоровъ, читающихъ лекціи по нѣкоторымъ отдѣламъ біологіи, имѣющимъ связь съ хирургіею, преимущественно же по слѣдующимъ предметамъ: оперативной хирургіи (Гисзъ), физіологіи (А. Шеферъ), сравнительной физіологіи (Чарльзъ Стеуартъ), и сравнительной патологіи (Джонъ Сюттонъ), по анатоміи (лекторъ Ульдриджъ). Кромѣ того, ежегодно нѣсколько членовъ этой Коллегіи читаютъ частныя лекціи по болѣе спеціальнымъ вопросамъ медицины. Въ спискѣ таковыхъ добровольныхъ лекторовъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» мы находимъ имена выдающихся клиницистовъ, какъ Джемсъ Пэджетъ, Генри Томсонъ, Джонатанъ Гётчинсонъ и, рядомъ съ ними, имена, болѣе молодыхъ ученыхъ хирурговъ, какъ Уатсонъ-Чейне, Артуръ Бэркеръ, Клементъ Лукасъ и др.

Въ третьихъ, «Королевская Коллегія Хирурговъ» имѣетъ назначеніе—служить памятникомъ историческаго развитія хирургіи въ Англіи. Съ этою цѣлью англійское правительство, при учрежденіи названной Коллегіи, ассигновала 150,000 руб. на пріобрѣтеніе богатѣйшей коллекціи препаратовъ Джона Гёнтера и съ тѣхъ поръ Коллегія безпрерывно пополняетъ эту сокровищницу анатоміи препаратами новѣйшихъ хирурговъ, такъ какъ представители различныхъ медицинскихъ школъ Англіи считаютъ своимъ нравственнымъ долгомъ поддерживать всемірную славу Гёнтеровскаго музея (Hunterian museum).

I.—Съ первымъ назначеніемъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи» читатель уже отчасти знакомъ по представленному мною выше (см. стр. 5) общему строю врачебнаго дѣла въ Англіи. Здѣсь я еще прибавлю, что раздача дипломовъ на различныя ученыя званія доставляетъ описываемой Коллегіи громадный доходъ. Чтобы дать читателямъ нѣкоторое представленіе о богатыхъ финансовыхъ средствахъ этой Коллегіи, я позволю себѣ привести здѣсь нѣкоторыя числовыя данныя, заимствованныя мною изъ отчета «Королевской Коллегіи Хирурговъ» за 1887 г. [1]). Доходъ этого учрежденія за отчетный годъ превышалъ 253,720 руб. сер.; наибольшая часть этой суммы собрана съ экзаменующихся и за выдачу различныхъ дипломовъ; эта статья дохода равнялась 228,590 руб. Годовой бюджетъ расходовъ равняется 337,420 руб., изъ этой суммы выдано экзаменаціонной коммиссіи (board of examiners) въ формѣ гонорара за трудъ 96,850 р.

Назначеніе ея, какъ высшее учрежденіе, контролирующее званія хирурговъ.

Если принять во вниманіе незначительное число экзаменаторовъ (въ 1887 г. экзаменаціонная коммиссія состояла изъ 20 членовъ), то на долю каждаго приходится гонорара, далеко превышающаго жалованье ординарнаго профессора нашихъ университетовъ.

«Королевская Коллегія Хирурговъ» числитъ въ своей корпораціи участниковъ слѣдующихъ наименованій:

Составъ Коллегіи и результаты экзаменовъ на различныя ученыя званія.

а) *Членовъ* (fellows) 1,116.

б) *Кандидатовъ* (members) 17,377.

в) *Лиценціатовъ по акушерству* (licentiates in Midwifery) 957.

г) *Лиценціатовъ по дантистикѣ* (licentiaits in Dental Surgery) 617.

На сколько строги требованія отъ экзаменующихся можно заключить отчасти по числу неполучившихъ желаемой степени. Такъ, изъ 828 человѣкъ, экзаменовавшихся по химіи, 540 прошли, а 288—провалились; по анатоміи—558 кандидатовъ сдали такъ называемый «первый экзаменъ» (см. выше, стр. 7), а 379 — провалились. Еще рельефнѣе результаты экзаменовъ на званіе члена (Fellow R. C. S. E.) «Королевской Коллегіи Хирурговъ»; въ отчетномъ году приступило къ этому экзамену 142 кандидата, изъ нихъ только 75 удостоились получить званіе члена (fellow), а познанія прочихъ 67 кандидатовъ признаны были неудовлетворительными.

---

[1]) См. *Calendar of the Royal College of Surgeons of England for 1887 year*. London.

Стало быть, на высшія ученыя степени едва $^2/_3$ экзаменующихся, а на высшія званія только $^1/_2$ числа кандидатовъ могутъ разсчитывать на удачный исходъ своихъ испытаній. Такой строгій выборъ членовъ въ корпорацію хирурговъ можетъ служить гарантіею ихъ научнаго ценза.

Пожертвованіе Эразма Уильсона «Коллегіи Хирурговъ» — капиталъ въ 2.000,000 руб.

Кромѣ указанныхъ постоянныхъ источниковъ дохода, «Королевская Коллегія Хирурговъ» нерѣдко получаетъ весьма крупныя суммы въ формѣ случайныхъ пожертвованій отъ своихъ членовъ; такъ, напр., недавно Эразмъ Уильсонъ (бывшій профессоръ по накожнымъ и сифилитическимъ болѣзнямъ) оставилъ описываемой Коллегіи въ наслѣдство капиталъ въ 2.000,000 руб.; изъ этой суммы Коллегія ассигновала въ 1887 году 500,000 руб. на устройство естественно-историческаго института (scientific Institution) съ особенной аудиторіею и нѣсколькими лабораторіями [1]) и выбрала особеннаго члена для чтенія лекцій, которому присвоено званіе «*Sir Erastmus Wilson Lecturer*» (преподаватель сэра Эразма Уильсона), каковымъ числится Джонъ Сюттонъ [John Bland Sutton [2])]—профессоръ по сравнительной анатоміи.

«Королевская Коллегія Хирурговъ» въ роли ученой корпораціи врачей-спеціалистовъ по хирургіи.

II.—Еще болѣе интереса представляетъ намъ второе назначеніе «Королевской Коллегіи Хирурговъ»—служить высшей школой для самосовершенствованія хирурговъ.—На сколько теоретическіе вопросы по медицинѣ вообще, а хирургіи въ особенности входятъ въ програму научной разработки членами описываемой Коллегіи, можно отчасти судить по названіямъ лекцій, читанныхъ добровольными лекторами; укажемъ для примѣра на слѣдующія:

Перечень частныхъ лекцій по теоретическимъ вопросамъ медицины.

1) **О выдѣленіи** [3]): а) *строеніе выдѣлительныхъ органовъ;* б) *состояніе ихъ при функціи;* в) *старыя и новыя воззрѣнія на выдѣленіе;*—это три лекціи, читанныя въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» въ іюнѣ 1885 г. проф. Эдуардомъ Шэферомъ.

2) *Объ анатоміи кишечнаго канала и брюшины у человѣка* [4])—лекціи Фредерика Тревса 1885 г.

---

1) *College improvements and finance* (British Med. Journal 1887, 22/x).

2) См. Medical Directory for 1887, стр. 312.

3) *On Secretion* by Edward Albert Schaefer (см. British Medic. Journal 29/vi, 1885.

4) *Lectures on the Anatomy of the intestinal canal and peritoneum in man* by Frederik Treves (см. «Britisch Med. Journal», 28/II, 1885 и слѣд. №№).

3) *Объ эволюціи въ патологіи*—три лекціи Джона Сюттона (лектора Эразма Уильсона), читанныя въ февралѣ 1886 [1]).

4) *О физіологіи и питаніи* (on physiology and nutrition)—три лекціи д-ра Ульдриджа, читанныя въ іюнѣ 1887 г.

5) *Объ отношеніи глазныхъ болѣзней къ пораженію общей системы* (the relations of ophthalmie disease to affections of the general system)—рядъ лекцій, читанныхъ въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» д-ръ Поуэромъ (Henry Power) въ 1887 г.

6) «*О слуховыхъ органахъ у позвоночныхъ* (the auditory organs of the vertebrata)—девять лекцій, читанныхъ проф. Ч. Стеуартомъ въ зимнемъ семестрѣ 1887 г.

7) «*О развитіи органовъ кровообращенія и дыханія* (the develoрement of the organs of circulation and expiration)—рядъ физіологическихъ лекцій д-ра Локууда (Lockwood) 1887 г.

8) «*О законахъ сращенія*» The law of coalescense)—проф. Д. Сюттона 1887 г.

9) *Объ анатомическихъ особенностяхъ въ отношеніи къ заболѣванію* (on anatomical peculiarities in relation to disease)—рядъ лекцій по сравнительной патологіи, читанныя проф. Д. Сюттономъ въ 1888 г.

Я съ умысломъ привелъ здѣсь только оглавленія тѣхъ лекцій, которыя имѣютъ лишь чисто теоретическое значеніе, чтобы показать читателю, что подобныя, такъ сказать, натуръ-философскія разсужденія вовсе не исключаются изъ арены научныхъ изслѣдованій англійскихъ врачей. По мнѣнію англичанъ, такимъ отвлеченнымъ вопросамъ не мѣсто въ студенческихъ аудиторіяхъ, а они должны быть обсуждаемы въ Коллегіи врачей, обладающихъ уже извѣстною личною опытностью и, ergo, умѣющихъ относиться критически къ различнымъ теоретическимъ воззрѣніямъ.

Въ виду всего вышесказаннаго относительно анатомической основы хирургическаго образованія англійскихъ врачей, я намѣренъ изложить здѣсь сущность изслѣдованія д-ра Тревса «*объ анатоміи кишечника и брюшины*»—какъ примѣръ лекцій, читанныхъ въ аудиторіяхъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи». — Изслѣдованіе

---

[1]) *On Evolution in pathology* by T. Bland Sutton, lectures delivered at the Royal College of Surgeons (см. «British Medic. Journal» 13/п, 1886 и слѣд. №№).

д-ра Тревса тѣмъ болѣе заслуживаетъ нашего вниманія, что оно доказываетъ, какъ наука—анатомія человѣка—еще далека отъ своего идеала; какъ много еще спорнаго, темнаго и просто ошибочнаго скоплено въ этой сокровищницѣ старѣйшей отрасли біологіи. Кромѣ того, сущность поставленной Тревсомъ задачи, равно какъ самый методъ изслѣдованія вопроса дадутъ читателю нѣкоторое понятіе о научномъ направленіи «Королевской Коллегіи Хирурговъ».

Лекція Тревса объ анатоміи кишечника.

Анатомія кишечнаго канала и брюшины у человѣка (по Тревсу). Это научное сообщеніе въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» есть результатъ систематическаго изслѣдованія ста свѣжихъ труповъ. Благодаря содѣйствію д-ровъ Сюттона и Тёрнера, состоявшихъ прозекторами въ London hospital, проф. Тревсъ имѣлъ возможность вскрывать эти трупы совершенно свѣжими и даже нерѣдко еще теплыми. Нельзя не согласиться съ авторомъ, что подобныя условія необходимы, ибо многія ошибки прежнихъ изслѣдователей суть прямое слѣдствіе трупныхъ измѣненій, особенно относительно топографіи такого легко подвижнаго органа, какъ кишечникъ.—Нѣкоторые вопросы, какъ, напр., о распредѣленіи сосудовъ, были изслѣдуемы посредствомъ инъекцій органовъ кишечника; другія стороны задачи требовали изслѣдованій зародышей въ различныхъ стадіяхъ ихъ развитія. Кромѣ того, д-ръ Тревсъ, при содѣйствіи прозектора Зоологическаго Общества изслѣдовалъ внутренности у многихъ млекопитающихъ животныхъ, числомъ до 40 различныхъ видовъ.

Длина различныхъ участковъ кишечника.

Первый вопросъ, который себѣ поставилъ экспериментаторъ, касался длины кишечной трубки у человѣка. Съ этою цѣлью онъ тщательно измѣрялъ различные участки кишечника. Какъ ни велико было число измѣреній, тѣмъ не менѣе, автору трудно было вывести какія либо общія заключенія, ибо колебанія въ ту и другую стороны относительно длины различныхъ участковъ кишечника слишкомъ велики. Такъ, у взрослыхъ мужчинъ, въ возрастѣ 20—50 лѣтъ, средняя длина тонкихъ кишекъ равняется 22′ и 6″ [1]), тогда какъ наибольшая длина доходила до 31′ и 10″, а наименьшая = 15′ и 6″. Средняя длина того же отдѣла кишечника у женщинъ равнялась 23′ и 4″, а крайнія величины колебались между 29′ и 4″—19′ и 10″. Средняя длина толстыхъ кишекъ въ томъ же возрастѣ достигала 4′ и 8″ у мужчинъ и 4′ и 6″ у женщинъ. Эти послѣднія измѣренія производились отъ кор-

[1]) Краткости ради я буду означать англійскій футъ знакомъ (′), а дюймъ—(″),

ня червевиднаго отростка или верхушки слѣпой кишки до того мѣста, гдѣ кончается mesorectum. Крайнія величины этого участка кишечника у обоихъ половъ колебались между 6′ и 6″ и 3′, 3″. Тревсъ утверждаетъ, что *длина кишечника, по крайней мѣрѣ у взрослыхъ людей, не зависитъ ни отъ возраста, ни отъ роста и не отъ вѣса тѣла; тѣмъ не менѣе, отношеніе величинъ между тонкими и толстыми кишками остается постояннымъ:* при большой длинѣ тонкихъ кишекъ толстыя кишки представляются короткими и обратно, или же оба сегмента могутъ быть несоотвѣтственно длинными или несоотвѣтственно короткими. Кромѣ того, престарѣлый возрастъ уже не вліяетъ на удлиненіе кишечника. Вообще же говоря, различія въ длинѣ кишечника зависятъ скорѣе отъ физіологической функціи этого органа, нежели отъ его морфологическихъ свойствъ; не безъ основанія принимаютъ, что характеръ пищи, энергія пищеварительнаго процесса, дѣятельность нервной системы брюшныхъ органовъ могутъ имѣть большее вліяніе на длину кишечника, нежели вѣсъ и возрастъ недѣлимаго. По мнѣнію Тревса, «*физіологи со временемъ будутъ въ состоя-* «*ніи выражать силу различныхъ пищеварительныхъ отправле-* «*ній въ футахъ и дюймахъ* (It may be that a time will come when physiologists will be able to express the value of certain alimentary functions in feet and inches).

Исторія роста кишечника въ дѣтскомъ возрастѣ представляетъ намъ нѣкоторыя характерныя черты. Такъ, въ вполнѣ зрѣломъ зародышѣ длина всего кишечника, особенно длина ободочной кишки (colon) представляется почти одинаковою или постоянною; средняя длина тонкихъ кишекъ, по измѣреніямъ Тревса, равна 9′ и 5″, а толстыхъ—1′ и 10′. Въ теченіи перваго мѣсяца жизни послѣ рожденія тонкія кишки удлиняются почти на 2′ и почти на такую же величину они выростаютъ въ теченіи втораго мѣсяца внѣматочной жизни; но послѣ этого періода развитіе тонкихъ кишекъ совершается болѣе неправильнымъ образомъ: у однолѣтняго ребенка тонкая кишка имѣла 18′, тогда какъ у двухгодоваго ребенка таже кишка равнялась только 13′ и 8″; равнымъ образомъ, на одномъ 6-лѣтнемъ трупѣ Тревсъ нашелъ длину тонкихъ кишекъ равною 21′, и рядомъ съ этимъ на другомъ дѣтскомъ трупѣ одиннадцатилѣтняго возраста соотвѣтственная часть кишечника имѣла только 14′ длины. Къ этимъ фактамъ необходимо прибавить, что ростъ тонкихъ кишекъ не находится ни въ какой связи съ ростомъ всего тѣла или съ вѣсомъ ребенка. *Ростъ кишечника зависитъ*

болѣе отъ дѣятельности его функціи; а такъ какъ діэта у дѣтей бѣднаго класса весьма неправильна и несоотвѣтственна, то вполнѣ естественно, что развитіе кишечника нерѣдко зависитъ отъ многихъ превратностей судьбы.

При однихъ условіяхъ питанія кишечникъ становится апатичнымъ, вялымъ и анэмичнымъ, тогда какъ при другихъ условіяхъ—питаніе вызываетъ постоянное «волненіе» кишечника (a perpetual intestinal tumult); нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, что такія противуположныя условія должны имѣть и различное вліяніе на ростъ кишечника. Если допустить, что въ началѣ жизни дѣтскаго возраста длина кишечника представляется почти постоянною величиною, то трудно объяснить рѣзкія колебанія величины кишечника въ послѣдующемъ періодѣ жизни чѣмъ либо инымъ, кромѣ вліянія физіологическихъ отправленій самаго пищеварительнаго органа.

Что-же касается роста толстыхъ кишекъ, то на нихъ не замѣчается такихъ рѣзкихъ колебаній: функціональное вліяніе здѣсь значительно слабѣе, ибо «colon», говоритъ Тревсъ, «можетъ быть разсматрива«емъ, какъ вмѣстилище (receptacle), въ которомъ фекальныя массы «задерживаются на нѣкоторое время, а valvula ileo-coecalis есть, въ «нѣкоторомъ физіологическомъ смыслѣ, внутренній anus». Длина всей ободочной кишки въ созрѣвшемъ зародышѣ равняется 1′ и 10″; у одномѣсячнаго ребенка этотъ участокъ кишечника, по измѣреніямъ Тревса, имѣетъ также одинъ футъ и 10″, у двухмѣсячнаго ребенка — ту же длину; у трехмѣсячнаго—тоже самое и даже у 4-мѣсячныхъ ребятъ длина толстыхъ кишекъ равнялась все еще 1′ и 10″. Послѣ этого періода ростъ ободочной кишки постоянно и правильно увеличивается: у годоваго ребенка она имѣетъ 2′ и 6″; у шестилѣтняго=почти 3′, а у 13-лѣтняго ребенка она имѣла въ длину 3½ фута. Остановка роста толстыхъ кишекъ въ теченіи первыхъ 4-хъ мѣсяцевъ внѣутробной жизни ребенка составляетъ фактъ, достойный вниманія; по мнѣнію Тревса, онъ объясняется слѣдующимъ образомъ: въ зародышѣ flexura sigmoidea представляется въ формѣ большой петли, длиною не меньше 10″, тогда какъ прочая часть толстыхъ кишекъ имѣетъ всего 1′ длины. Затѣмъ послѣ рожденія flexura sigmoidea теряетъ свое преобладающее значеніе; она становится въ тѣже условія, въ которыхъ она находится у взрослыхъ людей. Поэтому у четырехмѣсячнаго ребенка этотъ участокъ кишечника представляетъ собственно тѣже особенности, какія мы видимъ въ ней у совершенно взрослыхъ людей. Что-же ка-

сается измѣненія ея длины, то наблюденія Тревса показали, что наибольшая часть толстыхъ кишекъ съ увеличеніемъ возраста ребенка удлиняется на счетъ flexurae sigmoideae; такъ, у четырехмѣсячнаго ребенка названная петля имѣетъ всего 6'' длины, тогда какъ прочая часть толстыхъ кишекъ достигаетъ длины въ 1' и 4''; отсюда, очевидно, слѣдуетъ заключить, что въ теченіи указаннаго періода внѣутробной жизни произошла только перестановка нѣсколькихъ дюймовъ въ соотвѣтственныхъ участкахъ толстыхъ кишекъ.

Особенности двѣнадцатиперстной кишки.

О двѣнадцатиперстной кишкѣ. Длина, направленіе и отношеніе двѣнадцатиперстной кишки болѣе постоянны и исключенія въ этомъ отношеніи весьма рѣдки.—Въ анатомическихъ руководствахъ обыкновенно говорится, что 12-перстная кишка описываетъ большую, почти круглую дугу, которую можно раздѣлить на три части: восходящую, нисходящую и поперечную; первая часть направляется вверхъ, назадъ и вправо къ точкѣ, лежащей вблизи шейки желчнаго пузыря; слѣдующая часть спускается внизъ ко второму или третьему поясничному позвонку, тогда какъ третья часть 12-перстной кишки пересѣкаетъ позвоночникъ косвенно справа на лѣво впереди втораго поясничнаго позвонка. Первая часть duodeni, подобно желудку, со всѣхъ сторонъ покрыта брюшиной; вторая часть имѣетъ этотъ серозный покровъ только на передней поверхности, тогда какъ третья часть (pars horizontalis duodeni) покрывается брюшиною только отчасти по той же передней поверхности. Если jejunum признать за начало того участка кишечника, который покрывается брюшиной со всѣхъ сторонъ и снабженъ значительною брыжжейкою (mesenterium), то къ вышеуказанному описанію 12-перстной кишки нужно прибавить еще четвертую (или вторую нисходящую) часть duodeni. Эта четвертая часть постоянна: двѣнадцатиперстная кишка, достигнувъ лѣвой стороны позвоночника, опускается отвѣсно внизъ вдоль края послѣдняго. Эта отвѣсная часть duodeni, покрытая спереди вполнѣ, а по бокамъ—отчасти брюшиною, по изслѣдованіямъ Тревса, никогда не представляется короче одного дюйма. Другой англійскій анатомъ, Брюсъ Юнгъ [Bruce Joung [1])], еще ранѣе описалъ эту часть кишечника, какъ особенный характерный участокъ нормальной 12-перстной кишки.

На одномъ мужскомъ трупѣ Тревсъ нашелъ эту отвѣсную часть настолько сильно выраженною, что конецъ 12-перстной кишки подхо-

---

[1]) «Journal of Anatomy and Physiology» 1884, стр. 100.

дилъ подъ нижнюю поверхность поперечной части mesocolon. Необходимо помнить, что конецъ 12-перстной кишки весьма прочно укрѣпленъ въ своемъ мѣстѣ посредствомъ мышцы, названной Трейтцомъ *musculus suspensorius duodeni;* это есть волокнистая связка, заключающая въ себѣ и нѣсколько мышечныхъ пучковъ, опускающаяся отъ лѣвой ножки грудобрюшной преграды (crus sin. diaphragmat.) внизъ къ отвѣсной части 12-перстной кишки.

По мнѣнію Тревса, только-что описанная складка или ямка брюшины, не смотря на свое важное хирургическое значеніе, до сихъ поръ не обращала на себя должнаго вниманія анатомовъ. Между тѣмъ, она нерѣдко служитъ причиною происхожденія забрюшинныхъ или брыжжеечныхъ грыжъ (hernia retroperitonealis s. mesenterica), число которыхъ въ послѣднее время описано до 50. Если поперечную часть ободочной кишки оттянуть вверхъ, а тонкія кишки смѣстить вправо, то вполнѣ обнажаются конецъ 12-перстной и начало тощей (jejunum). Конецъ duodeni покрытъ спереди брюшиной, которая вверху переходитъ въ поперечную часть mesocolon, а книзу она сливается съ предпозвоночною брюшиною (peritoneum praevertebrale) и опускается въ полость таза; влѣво она переходитъ въ серозный покровъ почки и colon descendens, тогда какъ на правой сторонѣ она сливается съ брыжжейкой тонкихъ кишекъ.

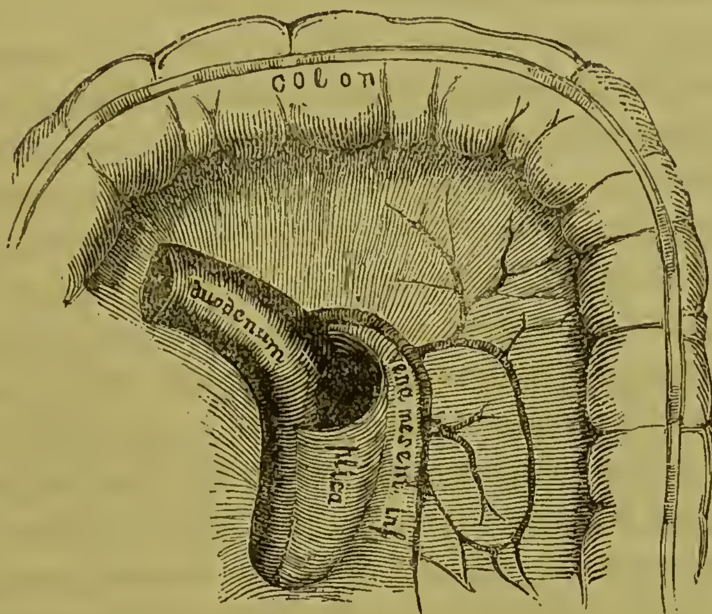
Fossa duodeno-jejunalis, какъ причина herniae retroperitonealis.

Интересующая хирурговъ складка серознаго покрова протянута отъ пристѣночной части брюшины (pars parietalis peritonei) къ лѣвой сторонѣ конечной части 12-перстной кишки и прикрѣпляется отвѣсно къ передней поверхности послѣдней. Эта складка, названная *plica duodeno-jejunalis*, вверху образуетъ полулунную вырѣзку (см. рис. 66), обращенную вверхъ, нижній же конецъ складки сливается съ брюшиною 12-перстной кишки и ея заднею стѣнкою. Эта складка представляется обыкновенно прозрачною, лишенною жира и неснабженною кровеносными сосудами; она состоитъ изъ двухъ листковъ серозной оболочки и образуетъ собою рѣзко выраженный мѣшокъ или карманъ брюшины.

Боковое прикрѣпленіе этой складки на лѣвой сторонѣ соотвѣтствуетъ нижней брыжжеечной венѣ (vena mesenterica inferior) и обыкновенно она (складка) проходитъ между веною и 12-перстною кишкой; но никогда Тревсъ не находилъ ее по ту сторону сосудовъ брыжжейки. Къ кишечнику складка прикрѣпляется отвѣсно и почти постоянно вдоль линіи, отдѣляющей среднюю треть отъ лѣвой трети той же кишки; она

можетъ прикрѣпиться и ближе, какъ будто къ срединѣ кишечной трубки; во всякомъ случаѣ важно замѣтить, что эта линія прикрѣпле-

Рис. 66.



Fossa duodeno-jejunalis, служащая началомъ внутренняго ущемленія кишечника, по Тревсу.

нія находится на противуположной сторонѣ относительно прикрѣпленія брыжжейки. Карманъ или полость этой складки имѣетъ треугольную форму, съ основаніемъ обращеннымъ вверхъ; верхушка кармана соотвѣтствуетъ связкѣ 12-перстной кишки. Передняя стѣнка кармана вся образована на счетъ складки, тогда какъ задняя стѣнка его образуется отчасти на счетъ пристѣночной брюшины, отчасти на счетъ duodeni, покрытой брюшиною. Вмѣстимость полости бываетъ различна: въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ этотъ карманъ имѣетъ до $1^1/_2$ дюймовъ глубины и можетъ вмѣстить въ себѣ толстый палецъ до перваго сустава; въ другихъ же случаяхъ та же ямка едва вмѣщаетъ верхушку мизинца; наконецъ, на иныхъ трупахъ Тревсъ находитъ этотъ карманъ на столько глубокимъ, что онъ вмѣщалъ въ себѣ два пальца до первыхъ суставовъ. При нормальныхъ условіяхъ эта ямка заключаетъ въ себѣ ligamentum duodeno-jejunale; но нетрудно себѣ представить роль этой ямки при развитіи позабрюшинныхъ грыжъ вслѣдствіе внѣдренія придаточной (?) (additional) петли въ описываемый карманъ.

Хотя вышеописанныя анатомо-топографическія отношенія, по изслѣдованіямъ Тревса, непостоянны, тѣмъ не менѣе, упомянутыя складка и ямка встрѣчаются очень часто у обоихъ половъ и во всѣхъ

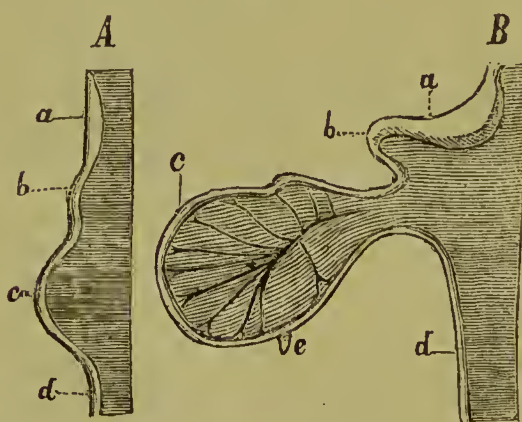
возрастахъ. Тревсъ находилъ ихъ даже у одного созрѣвшаго зародыша мужскаго пола и на трупѣ одной 82-лѣтней женщины. На 100 изслѣдованныхъ Тревсомъ человѣческихъ трупахъ онъ 48 разъ находилъ fossam duodeno-jejunalem.

Практическое значеніе этой ямки и происхожденіе внутреннихъ грыжъ не могутъ, по мнѣнію Тревса, быть объяснены безъ сравнительно-анатомическаго изслѣдованія вопроса о происхожденіи вышеуказанной складки. Вотъ почему почтенный анатомъ считалъ необходимымъ прослѣдить эту складку на различныхъ животныхъ и на эмбріологическихъ кишечникахъ человѣка.

Зародышевый кишечникъ.

Въ самомъ началѣ развитія пищеварительный каналъ представляется въ видѣ простой отвѣсной трубки, опускающейся внизъ по срединной линіи и связанной съ позвоночникомъ посредствомъ отвѣсной складки брюшины. Нѣкоторое время спустя верхній конецъ трубки расширяется (см. *A* рис. 67) и принимаетъ видъ луковицы — это есть начало желудка; нижняя часть трубки сохраняетъ свою связь съ позвоночникомъ и остается почти такою же отвѣсною, хотя уже обозначаются нисходящая часть ободочной (colon), прямая кишка (rectum) и незначительный участокъ поперечной части ободочной; короче, существуетъ уже весь сегментъ толстыхъ кишекъ, снабженный нижнею брыжжеечною артеріею (art. mesenterica inferior).

Рис. 67.



Продольные разрѣзы зародышеваго кишечника въ двухъ стадіяхъ развитія. *A*—ранній, *B*—поздній періодъ; *a*—желудокъ, *b*—тонкія кишки, *c*—толстыя кишки, *d*—прямая кишка, *e*—зачатокъ слѣпой кишки.

Межуточная часть (pars intermedia) первичной пищеварительной трубки скоро выростаетъ и превращается въ большую петлю, замѣняющую собою будущую тонкую кишку (см. *B* рис. 67 *b*); эта петля идетъ отъ привратника желудка къ срединѣ поперечной части ободочной кишки. Въ этомъ стадіи зародыша толстыя кишки нельзя еще отличать отъ тонкихъ; однакоже, въ срединѣ большой петли, въ нижнемъ ея сегментѣ (см. *e* рис. 67 *B*) можно уже замѣтить выступъ (*e*), на счетъ котораго впослѣдствіи развивается слѣпая кишка (coecum) и ея придатокъ. Вся

широкая петля имѣетъ одну общую брыжжейку, составляющую продолженіе средней части сернозаго покрова первичной пищеварительной трубки, при помощи котораго послѣдняя укрѣпляется къ позвоночнику. Петля эта имѣетъ узкую шейку, образующуюся вверху на счетъ duodenum, а внизу — на счетъ толстой кишки; въ брюшинной перепонкѣ, протянутой между двумя указанными частями кишечника, проходитъ верхняя брыжжеечная артерія (art. mesenterica superior), питающая пищеварительную трубку; эта артерія отдаетъ боковыя вѣтви, отходящія—справа или сверху—къ тонкимъ кишкамъ, а слѣва или снизу—къ слѣпой кишкѣ и восходящей части ободочной кишки.

Петли кишекъ ростутъ весьма быстро и соотвѣтственно ихъ росту увеличивается брыжжейка; однакоже, та часть послѣдней, которая прилегаетъ къ шейкѣ петли, не увеличивается соразмѣрно. Вотъ почему, какъ это доказалъ проф. Флоуеръ (Flower), duodenum и правая часть coli transversi никогда не измѣняютъ своихъ первоначальныхъ топографическихъ отношеній, не смотря на ихъ постепенный и безпрерывный ростъ въ длину.

Впослѣдствіи вся большая петля опускается внизъ, къ тазу, и перекручивается вокругъ своей оси особеннымъ образомъ. Это перекручиваніе зависитъ отчасти отъ неравномѣрнаго роста двухъ сегментовъ кишечной петли: въ то время, какъ тонкая кишка ростетъ весьма быстро въ длину, толстая кишка удлиняется относительно медленно. Ранѣе этого перекручиванія слѣпая кишка представляется связанною съ пупкомъ и помѣщается въ томъ мѣстѣ, гдѣ лежитъ и прочая часть толстыхъ кишекъ, т. е., въ лѣвой половинѣ брюшной полости. Позднѣе, при указанномъ перекручиваніи кишечника, слѣпая кишка подымается подъ правое подреберье, проходитъ впереди петли двѣнадцатиперстной кишки и въ концѣ концевъ она опускается въ правую подвздошную ямку, какъ въ свое постоянное мѣстопребываніе. Результатомъ этого перекручиванія бываетъ то, что тонкія кишки поворачиваются по направленію влѣво: что сначала было правой стороною брыжжейки, то дѣлается теперь лѣвою, а сосуды тонкихъ кишекъ представляются исходящими изъ лѣваго края верхней брыжжеечной артеріи, вмѣсто праваго. Въ дѣйствительности же брыжжейка повернулась только на полкруга. Въ узкой части шейки большой петли перемѣщеніе выражается менѣе рѣзко: правый конецъ поперечной части ободочной кишки помѣщается впереди двѣнадцатиперстной,

но обѣ эти части кишечника соприкасаются въ узкой шейкѣ брыжжейки и между ними проходитъ верхняя брыжжеечная артерія.

По окончаніи процесса развитія, кишечникъ представляется какъ будто «выросшимъ» изъ-за брюшины; такое несоотвѣтствіе въ ростѣ трубки и ея брюшиннаго покрова особенно рѣзко обнаруживается на тѣхъ двухъ сегментахъ кишечника, которые составляютъ шейку большой кишечной петли. Когда эти части кишечной трубки вполнѣ развились, то онѣ становятся слишкомъ обширными относительно ихъ серознаго покрова; стѣнки ихъ все болѣе и болѣе растягиваются и, вслѣдствіе этого, двѣнадцатиперстная кишка и поперечная ободочная прилегаютъ все ближе другъ къ другу, такъ что ихъ соотношенія дѣлаются весьма тѣсными.

Развитіе двѣнадцатиперстной кишки.

Теперь разсмотримъ *развитіе одной лишь двѣнадцатиперстной кишки*. Эта часть кишечника образуетъ сама собою отдѣльную петлю, выходящую изъ привратника и кончающуюся тамъ, гдѣ кишечная трубка прикрѣпляется къ позвоночнику посредствомъ связки,— такъ называемой *musculus suspensorius*. Стало быть, конецъ этой петли, или, что тоже, конецъ двѣнадцатиперстной кишки приходится на шейкѣ первичной (см. рис. 67, B) большой кишечной петли и направляется вдоль ствола верхней брыжжечной артеріи. Двѣнадцатиперстная кишка, которая въ своемъ началѣ представляется относительно широкою, имѣетъ свою собственную брыжжейку — *mesoduodenum;* эта послѣдняя прикрѣпляется отвѣсно къ средней линіи позвоночника и есть часть первоначальной средней брыжжейки. Когда привратникъ (pylorus) перемѣщается вправо, то съ нимъ вмѣстѣ подвигается и петля двѣнадцатиперстной кишки; поэтому лѣвый слой mesoduodeni дѣлается переднимъ, а правый—заднимъ слоемъ брыжжейки. При перекручиваніи зародышевой кишечной трубки двѣнадцатиперстная кишка почти не принимаетъ участія: главное положеніе ея остается неизмѣненнымъ; только конецъ двѣнадцатиперстной кишки перемѣщается съ правой на лѣвую сторону средней линіи позвоночника, а верхняя брыжжеечная артерія подходитъ къ ней сверху вмѣсто сбоку. Это послѣднее измѣненіе зависитъ отъ перемѣщенія толстой кишки, заставляющей конецъ двѣнадцатиперстной кишки принять отвѣсное положеніе. Mesoduodenum, вмѣстѣ съ прочею частью общей брыжжейки, не остаются надолго въ той же плоскости; впослѣдствіи брюшинная складка двѣнадцатиперстной кишки начинаетъ укорачиваться, отчасти вслѣдствіе того, что сама кишечная трубка (12-перстная кишка) вы-

ростаетъ изъ-за брюшиннаго покрова и отчасти вслѣдствіе чрезмѣрнаго расширенія сосѣднихъ внутренностей, напяливающихъ на себя ближайшія части серознаго покрова; результатомъ всего этого является широкая, «безбрюшинная» поверхность (a large non-peritoneal surface).

Разсмотримъ еще начало развитія ямки, извѣстной подъ названіемъ «*fossa duodeno-jejunalis*», имѣющей вліяніе на происхожденіе внутреннихъ ущемленій. И этотъ вопросъ лучше всего разъясняется при эмбріологическомъ изслѣдованіи кишечника человѣческаго зародыша и проведеніемъ параллели у нѣкоторыхъ млекопитающихъ животныхъ. Что было нами сказано о развитіи кишечника у человѣка, то, равнымъ образомъ, можетъ быть примѣнено въ главныхъ чертахъ и къ прочимъ млекопитающимъ. Мы только разсмотримъ здѣсь въ частности двѣнадцатиперстную кишку.

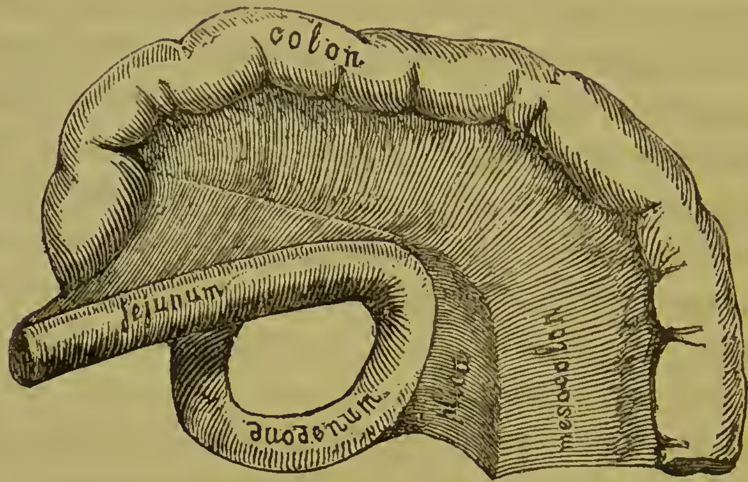
У всѣхъ млекопитающихъ, кромѣ обезьяны, двѣнадцатиперстная кишка сохраняетъ свою брыжжейку въ формѣ отдѣльной брюшинной складки, которая нерѣдко представляется чрезвычайно обширною; она не помѣщается въ той самой плоскости, въ которой лежитъ брыжжейка прочихъ тонкихъ кишекъ; она прикрѣплена отвѣсно и вдоль средней линіи тѣла, ея задній или правый слой приходитъ въ соприкосновеніе съ соотвѣтствующимъ слоемъ большаго сальника (omentum gastro-hepaticum). Стало быть, у животныхъ mesoduodenum есть остатокъ зародышевой отвѣсной складки брыжжейки. Конецъ двѣнадцатиперстной кишки у млекопитающихъ, какъ и у человѣка, доходитъ влѣво отъ срединной линіи, или, рѣже, влѣво отъ ствола верхней брыжжеечной артеріи и здѣсь конецъ кишечника дѣлаетъ крутой, рѣзко выраженный перегибъ.

Какъ поучительный примѣръ подобнаго перегиба кишечника, д-ръ Тревсъ представляетъ препаратъ (см. рис. 68) двѣнадцатиперстной кишки отъ взрослой самки гіэны (Hyaena striata). Нужно замѣтить, что отъ конечной части двѣнадцатиперстной кишки отходитъ другая отвѣсная складка, которая также прикрѣплена по средней линіи позвоночника и опускается внизъ въ полость таза; эта складка есть начало брыжжейки толстыхъ кишекъ или mesocolon (см. рис. 68).

Plica duodeno-jejunalis описывалась многими анатомами; она представляется тонкою, прозрачною, безсосудистою и прикрѣпленною къ двѣнадцатиперстной кишкѣ вдоль линіи, противуположной мѣсту прикрѣпленія брыжжейки. Одинъ конецъ этой складки представляется сво-

боднымъ вогнутымъ книзу (какъ это видно на рис. 68). Тревсъ видѣлъ подобную же складку въ маленькомъ человѣческомъ зародышѣ,

Рис. 68.



Flexura duodeno-jejunalis, позади которой находится рѣзко выраженная складка (plica), служащая причиною внутренняго ущемленія кишечника (по Тревсу).

въ которомъ mesoduodenum не была облитерирована. Очевидно, что plica эта есть ничто иное, какъ продолженіе mesoduodenum, идущее къ позвоночнику; свободный конецъ этой складки составляетъ нижнюю границу mesoduodeni. Вслѣдствіе чрезмѣрнаго развитія 12-перстной петли, въ сравненіи съ развитіемъ нижняго конца ободочной, mesoduodenum опускается сбоку послѣдней до тѣхъ поръ, пока она не станетъ параллельно съ mesocolon; въ дѣйствительности онѣ (обѣ вмѣстѣ) прикрѣплены къ позвоночнику.

Однакоже, у нѣкоторыхъ животныхъ Тревсъ наблюдалъ, что, — при дальнѣйшемъ ростѣ mesocolon, plica duodenalis оттягивается ободочною кишкою отъ позвоночника, такъ что въ подобныхъ случаяхъ она представлялась прикрѣпленною въ отвѣсномъ направленіи на *правой* поверхности нисходящей части mesocolon и на нѣкоторомъ протяженіи отъ позвоночнаго столба.

Въ заключеніе Тревсъ доказываетъ, что fossa duodeno-jejunalis образуется изъ вышеописанной складки. Сначала, при его анатомическихъ изслѣдованіяхъ животныхъ, онъ не находилъ слѣда ни складки, ни вышеупомянутой ямки; но у двухъ хищныхъ онъ подмѣтилъ впадину въ брюшинѣ въ томъ мѣстѣ, гдѣ встрѣчается mesoduodenum съ брыжжеечною артеріею; впадина эта имѣла поперечное направленіе и

лежала на нѣкоторомъ протяженіи отъ позвоночника; происхожденіемъ своимъ она, очевидно, обязана повороту кишечника. Но ничего схожаго она не имѣетъ съ ямкою двѣнадцатиперстной кишки у человѣка: можно воочію убѣдиться, что эта впадина находится выше мѣста облитераціи брыжжейки двѣнадцатиперстной кишки. Эта облитерація зависитъ отчасти отъ роста самого duodenum и отчасти отъ перемѣщенія брюшины во время дальнѣйшаго развитія кишечника.

У низшихъ животныхъ связь брюшины съ кишечною трубкою значительно тѣснѣе, чѣмъ у человѣка. У большинства млекопитающихъ находится обширная брыжжейка и mesoduodenum; восходящая часть ободочной прикрѣплена посредствомъ широкой брыжжейки mesocolon.

Объ отношеніи брюшины къ кишечнику.

У человѣка, между прочимъ, colon-ascendens имѣетъ обыкновенно широкую «безбрюшинную» поверхность (въ этомъ мѣстѣ, по словамъ Тревса, кишка выросла изъ своего серознаго покрова); colon descendens въ тоже время помѣщается болѣе влѣво срединной линіи и очень часто также не имѣетъ mesocolon; если же послѣдняя и существуетъ, то она не будетъ прикрѣплена вдоль срединной линіи на мѣстѣ первоначальной складки.

У большинства обезьянъ брыжжейка нисходящей части coli, которая всегда находится на лицо, представляется обыкновенно прикрѣпленною вдоль средней линіи тѣла. У гибоновъ (длиннорукихъ обезьянъ) ея прикрѣпленія доходятъ до внутренняго края почки; но ни у одной изъ обезьянъ, изслѣдованныхъ Тревсомъ, не было найдено, чтобы брюшина была такъ распялена, какъ это выражено особенно рѣзко у человѣка. Въ человѣческомъ зародышѣ свободный край plicae duodenojejunalis будетъ соотвѣтствовать, хотя она не вполнѣ идентична, свободному краю отвѣсной складки. Нѣтъ надобности допускать, будто двѣнадцатиперстная кишка передвигается вмѣстѣ съ этимъ перемѣнчивымъ покровомъ; достаточно только признать, что обѣ складки (plica duodeno-jejunalis и зародышевая отвѣсная складка) прикрѣпляются къ одному и тому же мѣсту двѣнадцатиперстной кишки и вдоль той же самой линіи; эти обѣ пластинки характеризуются тонкостью стѣнокъ и отсутствіемъ видимыхъ кровеносныхъ сосудовъ.

Неоднократно врачи высказывали предположеніе, что, если во время утробной жизни зародышъ перенесъ воспаленіе брюшины, то кишечныя петли и внѣ утробной жизни будутъ занимать тоже самое положеніе, какое онѣ занимали въ зародышевой жизни. Въ такихъ случаяхъ ободочная кишка помѣщается совершенно влѣво отъ срединной

линіи, въ то время, какъ тонкія кишки остаются вправо отъ послѣдней. Другими словами говоря, кишечная трубка не сдѣлала своего обычнаго поворота и тогда сосуды тонкихъ кишекъ исходятъ изъ верхней брыжжесечной артеріи, находившейся на правой сторонѣ; двѣнадцатиперстная кишка помѣщается вправо отъ позвоночнаго хребта.

Въ англійской литературѣ можно найти много указаній относительно уклоненій отъ вышеописаннаго правильнаго расположенія кишечника [1]). Такъ, напр., Брюсъ Юнгъ, по поводу интересующейся насъ складки тонкой кишки, говоритъ слѣдующее: «Если слѣдовать по внут«ренней сторонѣ 12-перстной кишки и отъ верхушки ея изгиба опу«ститься внизъ по отвѣсной передне-задней плоскости, то можно уви«дѣть перепонку, шириною въ 2 дюйма и длиною въ 1 дюймъ; она на«ходится на два дюйма вправо отъ средней линіи живота и прикрѣп«ляется къ верхней поверхности брыжжейки». Этотъ почтенный анатомъ думаетъ, что такая складка есть слѣдствіе патологическаго процесса (воспалительная перепонка); но въ такихъ случаяхъ она не представлялась-бы такою правильною и отвѣсно-идущею внизъ, какъ это наблюдалъ Тревсъ на складкахъ у многихъ животныхъ.

Hernia retroperitonealis, по Э. Куперу.

Хирурги давно уже признаютъ, что fossa duodeno-jejunalis есть причина забрюшинныхъ грыжъ (hernia retroperitonealis). При образованіи подобной грыжи вышеописанный карманъ расширяется и вмѣщаетъ въ себѣ все болѣе и болѣе тонкихъ кишекъ. Кишка пробиваетъ себѣ мѣсто позади брюшины и въ рѣзко выраженномъ случаѣ, какой былъ, напримѣръ, описанъ Эстлеемъ Куперомъ, вся тонкая кишка, кромѣ двѣнадцатиперстной, скрылась въ широкомъ мѣшкѣ, находившемся въ срединѣ живота и окруженномъ петлями толстыхъ кишекъ.

Эстлей Куперъ, между прочимъ, описываетъ еще другую форму забрюшинныхъ грыжъ, которымъ онъ далъ названіе hernia *mesocolica*. При этихъ грыжахъ тонкія кишки заключаются въ мѣшкѣ, образующемъ опухоль влѣво отъ срединной линіи; этотъ мѣшокъ, очевидно, образовался на счетъ брюшины, проходящей по colon descendens.

Относительно мѣста образованія этихъ грыжъ существуютъ три от-

---

[1]) James Simpson. Edinburgh Medical and Surgical Journal 1839, стр. 26.—Hilton Fagge, Guy's hospital Reports т. XIV. — Lockwood. British Medical Journal т. II, 1882, стр. 574. — Chiene. Journal of Anatomy and Physiology 1868, стр. 15. — John Reid. Edinburgh Medical and Surgical Journal 1836, стр. 70.—Bruce Joung. Journal of Anatomy and Physiology 1884, стр. 98.

личительныхъ признака: во-первыхъ, отверстіе мѣшка всегда находится на нѣкоторомъ протяженіи отъ связки двѣнадцатиперстной кишки; во-вторыхъ, начало тощей кишки не входитъ въ составъ грыжи; въ третьихъ, вѣтвь нижней брыжжеечной артеріи проходитъ вдоль свободнаго передняго края отверстія мѣшка. Трейтсъ и другіе авторы старались доказать, что и при hernia mesocolica грыжевыя внутренности помѣщаются въ fossa duodeno-jejunalis. Но, если бы это имѣло мѣсто, то трудно понять, какимъ образомъ можетъ грыжевое отверстіе такъ сильно смѣщаться и почему начало тощей кишки не входитъ въ грыжевой мѣшокъ? Трейтсъ и его послѣдователи объясняютъ происхожденіе herniae mesocolicae тѣмъ, что допускаютъ—будто plica duodenalis часто поворачивается вправо, а ея ямка—влѣво; поэтому они описываютъ весьма различныя формы «роговъ» складки. Тревсъ опровергаетъ всѣ эти предположенія, ибо онъ никогда не находилъ, ни складки, ни ямки повернутыми ни вправо, ни влѣво; равнымъ образомъ, онъ ничего похожаго на «рога» складки не видалъ; свои заключенія онъ основываетъ на тщательныхъ изслѣдованіяхъ 48 складокъ, топографія которыхъ срисовывалась *in situ*. Ни въ одномъ случаѣ верхній край plicae duodenalis не имѣлъ другаго направленія, кромѣ горизонтальнаго, исключая тѣхъ уклоненій, которыя были выше указаны.

Далѣе, Тревсъ доказываетъ, что hernia mesocolica развивается слѣдующимъ образомъ: сначала образуется глубокій карманъ въ пристѣночной брюшинѣ (pars parietalis peritonei), связанной съ colon descendens посредствомъ вѣтви нижней брыжжеечной артеріи; устье этого кармана направлено вверхъ; подобная ямка легко можетъ вмѣстить въ себѣ петлю тонкихъ кишекъ и еще болѣе легко, чѣмъ это дѣлаетъ fossa duodenalis; а разъ образовалась забрюшинная грыжа, то всѣ три вышеприведенныя условія имѣютъ мѣсто, какъ-то: отверстіе мѣшка будетъ находиться въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ 12-перстной кишки, начало тощей кишки не будетъ входить въ составъ грыжи и вѣтвь нижней брыжжеечной артеріи будетъ окаймлять отверстіе мѣшка спереди. Складки и клапаны, образующіеся воспалительнымъ путемъ, не могутъ представиться такого простаго устройства. Такъ, напримѣръ, Тревсъ находилъ у двухъ созрѣвшихъ зародышей человѣка складки, образовавшіяся на счетъ артеріи ileo-colica и въ обоихъ случаяхъ серозная перепонка не образовала значительной ямки, устье которой обращено было взадъ.

О расположеніи тонкихъ кишекъ.

О расположеніи тонкихъ кишекъ. При анатомическихъ изслѣдованіяхъ 100 человѣческихъ труповъ, Тревсъ вложилъ много труда, чтобы точнѣе выяснить положеніе тонкихъ кишекъ вообще и указать какой-нибудь порядокъ индивидуальнаго расположенія отдѣльныхъ петель. Для этого онъ поступалъ такимъ образомъ: послѣ вскрытія брюшной полости, но прежде, чѣмъ смѣщались какія-либо части, онъ проводилъ мѣдную проволоку чрезъ каждую видимую бухту тонкихъ кишекъ; затѣмъ срисовывалъ всѣ эти части in situ; положеніе же каждой петли впослѣдствіи опредѣлялось самымъ точнымъ образомъ измѣреніемъ разстоянія отъ начала тонкихъ кишекъ. Трудъ былъ до-нельзя кропотливый, а успѣхъ—весьма ограниченный. Онъ думалъ, что такое изслѣдованіе дастъ ему возможность объяснить — какія именно части тонкихъ кишекъ могутъ внѣдриться при развитіи внутреннихъ грыжъ на различныхъ частяхъ тѣла. Между тѣмъ эта работа доказала, что хотя нѣтъ возможности установить точной опредѣленной локализаціи внутреннихъ грыжъ, однакоже, въ громадномъ числѣ случаевъ кишечныя петли представляютъ до нѣкоторой степени опредѣленный порядокъ расположенія. Такъ, если изслѣдовать зародышъ, длиною въ 5—6 дюймовъ, то слѣпая кишка всегда будетъ находиться въ правомъ подреберьи и—при незначительномъ или безъ всякаго смѣщенія частей,—тонкая кишка видна будетъ расположенною въ видѣ кривой линіи, выпуклою книзу; наибольшая часть ея представится поперечною и будетъ направляться слѣва на право. Такое расположеніе можетъ представиться, хотя въ менѣе опредѣленной формѣ, на вполнѣ созрѣвшемъ зародышѣ человѣка. Однакоже, у дѣтей двухъ или трехъ лѣтъ отъ роду такое общее расположеніе кишечныхъ петель не встрѣчается. У большинства взрослыхъ труповъ Тревсъ находилъ тонкія кишки расположенными въ видѣ неправильной кривой линіи, идущей слѣва на право; если считать отъ двѣнадцатиперстной кишки, то первыя петли помѣщаются въ лѣвомъ подреберьи и пупочной области; затѣмъ петли выполняютъ поясничную область, далѣе, онѣ опускаются въ тазъ, входятъ въ лѣвую подвздошную ямку; отсюда идя, онѣ занимаютъ слѣдующія части: hypogastrium, нижнюю часть пупочной области, правую поясничную и правую подвздошную. Раньше, чѣмъ достигнуть этого послѣдняго пункта, петли кишекъ вторично опускаются въ тазъ. Такое расположеніе кишекъ у взрослыхъ встрѣчается очень часто, тѣмъ не менѣе, нельзя признать его за правило, ибо отдѣльныя петли располагаются нерѣдко весьма неправильно; Тревсу приходилось видѣть очень много

отступленій отъ этого, такъ сказать, типическаго расположенія кишечныхъ петель. Такъ, въ лѣвой поясничной области онъ находилъ петли кишекъ въ одномъ случаѣ длиною въ нѣсколько дюймовъ, а въ другомъ—длиною въ 15 футовъ; въ лѣвой подвздошной ямкѣ длина помѣщавшейся части кишечника колебалась отъ 2 до 23 футовъ. Въ одномъ случаѣ Тревсъ нашелъ петлю, лежащую въ срединѣ Пупартовой связки лѣвой стороны на разстояніи 11 дюймовъ отъ конца двѣнадцатиперстной кишки, а въ другомъ случаѣ петля лежала въ соприкосновеніи съ срединною линіею мочеваго пузыря и находилась на разстояніи только двухъ футовъ отъ вышеуказанной точки.

Нужно замѣтить, что въ зародышевомъ состояніи и въ первое время внѣутробной жизни наибольшая часть тонкихъ кишекъ помѣщается влѣво отъ срединной линіи; это происходитъ оттого, что относительно объемистая печень смѣщаетъ кишечникъ влѣво. Правда, у взрослыхъ такое перемѣщеніе кишечника не всегда имѣетъ мѣсто, но Тревсъ утверждаетъ, что если провести отвѣсный переднезадній распилъ по замороженному трупу, то наиболѣе тяжелый сегментъ тонкихъ кишекъ будетъ найденъ въ лѣвой сторонѣ отъ срединной линіи.

Не мало интереса представляютъ собою петли кишекъ, размѣщенныя въ полости таза; тутъ именно встрѣчаются тѣ петли, которыя особенно предрасположены ко внѣдренію (intussusceptio) и слипчивому сращенію вслѣдствіи перитонитовъ; онѣ-то и даютъ поводъ къ образованію herniae obturatoriae, ischiadicae и pudendae. Въ зародышѣ, благодаря малымъ размѣрамъ тазовой полости и быстрому развитію flexurae sigmoideae, никакихъ петель тонкихъ кишекъ не было находимо ниже входа малаго таза. Между тѣмъ, вскорѣ послѣ рожденія, тазъ начинаетъ наполняться петлями кишекъ, такъ что у 4-мѣсячнаго ребенка Тревсъ уже находилъ до 3 футовъ длины подвздошной кишки, лежавшей въ полости таза. Количество кишекъ, находимое въ полости таза у взрослыхъ, зависитъ отъ состоянія мочеваго пузыря, прямой кишки и flexurae sigmoideae; если послѣдняя или слѣпая кишка растянуты и выполняютъ собою полость таза, то петли верхнихъ кишекъ совершенно вытѣснены. Вообще же въ тазу помѣщаются только тѣ петли, которыя имѣютъ длинную брыжжейку.

Тревсъ останавливается на ошибочномъ фактѣ, приводимомъ почти во всѣхъ руководствахъ по анатоміи—будто тощая кишка (jejunum) помѣщается *всегда* въ полости таза, что далеко не справедливо; нерѣдко въ тазу можно найти значительное количество петель другихъ

частей тонкихъ кишекъ отъ 8 до 10 фут. длиною, если только вскрытіе тѣла будетъ произведено вскорѣ послѣ смерти. Въ одномъ случаѣ, при вскрытіи 82-лѣтней женщины, Тревсъ нашелъ въ полости таза всѣ тонкія кишки, исключая первые три фута тощей и послѣдніе два фута подвздошной; эта женщина умерла отъ рака привратника. Когда полость живота была вскрыта, то предъ глазами предстали только сильно растянутый желудокъ и поперечная часть ободочной кишки, которая выступала надъ лономъ (symphysis); всѣ тонкія кишки ниже двѣнадцатиперстной лежали въ полости таза, исключая первые двадцать дюймовъ тощей кишки; эта часть кишечной трубки опускалась отвѣсно вдоль позвоночника отъ flexurae duodeno-jejunalis — къ тазу; тонкія кишки, которыя были совершенно пусты вслѣдствіе продолжительняго голода, имѣли 23 фута длины.

Въ другихъ случаяхъ измѣненія кишечнаго тракта, какъ, напримѣръ, при расширеніи поперечной ободочной кишки, Тревсъ находилъ всю тонкую кишку—исключая двѣнадцатиперстную и начало тощей—расположенною въ тазу ниже lineae innominatae.

Топографія слѣпой кишки.

О слѣпой кишкѣ. Слѣпая кишка представляетъ много разнообразія въ своемъ общемъ развитіи: въ иныхъ случаяхъ эта кишка представляется незначительною, въ другихъ — она достигаетъ неимовѣрныхъ размѣровъ. Тревсъ описываетъ кишечникъ одного 65-лѣтняго мужчины, у котораго всѣ брюшные органы были вполнѣ здоровы, слѣдующимъ образомъ: слѣпая кишка и часть ободочной, непосредственно исходящая изъ первой, были свободны и со всѣхъ сторонъ покрыты брюшиною на протяженіи 8 дюймовъ; *caput coli* [1]) была повернута вверхъ дномъ такъ, что основаніе слѣпой кишки смотрѣло вверхъ, а подвздошная кишка (ileum) входила въ нее съ правой стороны; растянутая слѣпая кишка выдавалась немного влѣво отъ срединной линіи и ея верхушка достигала почти печени; она была до того подвижна, что ее можно было охватить ладонью и смѣщать на 6 дюймовъ ниже spinae anterioris superioris ossis ilei. Въ другомъ случаѣ — на трупѣ 48-лѣтняго мужчины — Тревсъ нашелъ слѣпую кишку повернутою вправо вокругъ ея продольной оси; поворотъ произошелъ такъ, что ileum проходилъ позади слѣпой кишки и входилъ въ нее съ правой стороны; переднія петли также склонялись вправо и отъ одной изъ нихъ выходилъ придатокъ; слѣпая кишка была свободна и со всѣхъ

---

[1]) Такъ обозначаетъ авторъ основаніе слѣпой кишки, откуда выходитъ червовидный отростокъ (proc. vermiformis).

сторонъ покрыта брюшиною; сзади она не укрѣплялась и на ней не видно было никакихъ слѣдовъ перитонита; однакоже, перегибъ кишки, который уменьшалъ просвѣтъ ея, не могъ быть разглаженъ. Тревсъ объясняетъ этотъ случай неравномѣрнымъ развитіемъ различныхъ частей кишечника; ободочная кишка въ данномъ случаѣ была совершенно нормальна.

Въ другихъ случаяхъ задняя часть слѣпой кишки представлялась значительно болѣе развитой, нежели передняя часть, и подвздошная кишка входила въ толстую спереди, равнымъ образомъ червеобразный отростокъ отходилъ отъ передней стѣнки слѣпой кишки.

Что касается размѣровъ слѣпой кишки, то совершенно справедливо замѣчаетъ Тревсъ, что необходимо прежде условиться относительно способа измѣренія. Слѣпою кишкою онъ называетъ ту часть толстыхъ, которая находится непосредственно ниже мѣста вхожденія подвздошной кишки. Ширина толстой кишки опредѣляется линіею, проведенною поперечно кишечнику на уровнѣ нижняго края ileum, т. е., на уровнѣ valvulae ileo-coecalis; длина coeci опредѣляется отвѣсною линіею, проведенною отъ только-что названной линіи до верхушки слѣпой кишки. Тревсъ приводитъ слѣдующія измѣренія слѣпой кишки: средняя ширина равняется 3 дюймамъ, а средняя длина $2^{1}/_{4}$ дюйма; самая широкая слѣпая кишка имѣла въ діаметрѣ 4 дюйма; самая малая (у вполнѣ нормально развитой женщины 36 л.) имѣла только $^{3}/_{4}$ дюйма длины и $1^{1}/_{2}$ дюйма ширины. Въ исключительныхъ случаяхъ оба эти діаметра могутъ быть одинаковы.

Переходя къ топографіи слѣпой кишки, Тревсъ замѣчаетъ, что тщательныя изслѣдованія многихъ труповъ привели его къ результатамъ, совершенно противуположнымъ съ наблюденіями другихъ анатомовъ, или, точнѣе, съ описаніями авторовъ руководствъ по анатоміи. По его мнѣнію, существующее описаніе топографіи слѣпой кишки, вѣроятно, сдѣлано очень давно и въ теченіи уже многихъ литературныхъ поколѣній переходитъ изъ книги въ книгу безъ провѣрки.

Такъ, между прочимъ, Тревсъ приводитъ выписку изъ весьма распространеннаго руководства по анатоміи Кэна (Quain), которое по справедливости можно считать лучшимъ руководствомъ по описательной анатоміи, такого рода: «Intestinum coecum или caput coecum coli «есть та часть толстыхъ кишекъ, которая расположена ниже входа «ilei... Слѣпая кишка помѣщается въ правой подвздошной ямкѣ непо«средственно и позади передней стѣнки живота; она покрыта брюши-

«ною спереди, снизу и по бокамъ; но сзади она обыкновенно лишена «брюшиннаго покрова и прикрѣплена посредствомъ лучистой ткани (by «areolar tissue) къ фасціи, покрывающей правую подвздошную мыш- «цу (musculus iliacus). Въ такомъ случаѣ слѣпая кишка представляется «относительно фиксированною; но въ другихъ случаяхъ брюшина «окружаетъ ее почти со всѣхъ сторонъ и образуетъ сзади дупликатуру, «называемую mesocoecum». Противъ этого описанія Кэна Тревсъ возражаетъ, что на сто вскрытіяхъ онъ ни разу *не находилъ заднюю поверхность слѣпой кишки непокрытою брюшиною; никогда онъ не видѣлъ слѣпую кишку прикрѣпленною посредствомъ лучистой ткани къ fascia iliaca и ни разу онъ не встрѣтилъ нѣчто подобное на складку, описываемую подъ названіемъ mesocoecum.*

Если вскрыть брюшную полость вскорѣ послѣ смерти, когда существуетъ еще трупное окоченѣніе и прежде, чѣмъ кишки успѣютъ растянуться трупными газами и, стало быть, смѣститься, то можно видѣть, что слѣпая кишка обыкновенно лежитъ на musculus psoas такъ, что ея дно или низшая точка ея соотвѣтствуютъ внутреннему краю названной мышцы. Въ такомъ случаѣ слѣпая кишка никогда не прилегаетъ къ musculo iliaco или только ея верхнія границы будутъ приходить въ соприкосновеніе съ послѣднею. При описаніи топографіи слѣпой кишки весьма важно не упускать изъ виду точное опредѣленіе caput coli. Менѣе часто послѣднее находится въ тѣсной связи только съ musculo iliaco или выступъ coeci будетъ лежать на мышцѣ, тогда какъ дно ея покоится на musculus psoas.

Въ большинствѣ случаевъ apex coeci соотвѣтствуетъ точкѣ, лежащей кнутри отъ средины Пупартовой связки. Но нельзя сказать, чтобы очень рѣдко была находима слѣпая кишка влѣво отъ срединной линіи. Во всѣхъ случаяхъ Тревсъ видѣлъ слѣпую кишку окруженною со всѣхъ сторонъ брюшиною и лежащею совершенно свободно въ брюшной полости. Линія направленія брюшины—отъ задней стѣнки слѣпой кишки въ задней стѣнкѣ живота—представлялась различною: когда существуетъ mesocolon ascendens, то вышеуказанная линія совпадаетъ съ началомъ этой брыжжейки; въ другихъ случаяхъ она есть продолженіе лѣвой части или задняго слоя общей брыжжейки. Обыкновенно эта линія имѣетъ поперечное направленіе и проходитъ на уровнѣ гребешка подвздошной кости или на высотѣ spinae anterior. superior. ossis ilei. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ эта линія представляется слегка кос-

венною; тогда она соотвѣтствуетъ внутреннему краю musculus psoas или перекрещиваетъ поверхность послѣдней. На одномъ трупѣ Тревсъ видѣлъ эту часть брыжжейки идущею поперечно и соотвѣтствующею нижнему краю почки. Однако, въ наибольшемъ числѣ случаевъ заворотъ брюшины имѣетъ мѣсто на высотѣ задней поверхности восходящей части ободочной, а не слѣпой кишки, такъ что не только задняя стѣнка слѣпой кишки представляется покрытою серознымъ покровомъ на столько-же, сколько и прочія ея стѣнки, но этотъ самый покровъ облегаетъ еще начало восходящей части ободочной (colon).

Вопросъ о связи слѣпой кишки съ брюшиною представляется весьма важнымъ, какъ въ хирургіи, такъ и во внутренней медицинѣ. Еще весьма недавно было указано, что при нѣкоторыхъ патологическихъ процессахъ слѣпой кишки, послѣдняя можетъ быть вскрыта разрѣзомъ со стороны поясницы и что этотъ разрѣзъ не будетъ касаться брюшины, т. е., будто заднюю стѣнку слѣпой кишки можно обнажить *extra peritoneum*, какъ это дѣлается при перевязкѣ наружной подвздошной артеріи. Тревсъ доказываетъ, что подобный оперативный пріемъ анатомически невозможенъ. Что касается существованія миѳическаго *mesocoecum*, то весьма вѣроятно, что это названіе слѣдуетъ отнести къ нижней части mesocolon; весьма вѣроятно, что границы слѣпой кишки не были точно опредѣлены при установкѣ общеупотребительной номенклатуры частей кишечника.

Подвижность слѣпой кишки очень часто весьма значительна; она зависитъ отъ двухъ условій: либо отъ длины ткани между верхушкой слѣпой кишки и заворотомъ брюшины, либо отъ длины mesocolon; последнее условіе наблюдается чаще перваго. Въ девяти трупахъ Тревсъ видѣлъ такія слѣпыя кишки, которыя можно было перекинуть на поверхность печени или даже въ лѣвую половину таза. Подобная слѣпая кишка, безъ сомнѣнія, легко могла бы образовать паховую или бедренную грыжу на *лѣвой* сторонѣ, если бы грыжевыя отверстія были достаточно широки. Въ одномъ случаѣ верхушка слѣпой кишки могла соприкасаться съ мечевиднымъ отросткомъ грудины, а во многихъ другихъ случаяхъ эта свободная часть кишки могла быть легко вытянута до большаго вертела бедра.

Ободочная кишка.

Объ ободочной кишкѣ. У взрослыхъ восходящая и нисходящая части ободочной (colon) расположены совершенно отвѣсно, тогда какъ поперечная часть ея проходитъ горизонтально. Но, собственно говоря, послѣдняя не вполнѣ горизонтальна, такъ какъ селезеночный загибъ

(flexura lienalis) лежитъ на болѣе высокомъ уровнѣ, чѣмъ печеночный загибъ (flexura hepatica). Такое взаимное отношеніе трехъ главныхъ частей толстой кишки наблюдается только на субъектахъ, уже начавшихъ внѣутробную жизнь. Если же изслѣдовать зародышъ въ 4 или 5 дюймовъ длиною, то легко можно замѣтить, что нисходящая часть совершенно отвѣсна и что flexura splenica рѣзко выражена и есть самая высшая точка дуги ободочной кишки, тогда какъ восходящая часть не отвѣсна, а flexura hepatica едва замѣтна; стало быть, кишечникъ, лежащій между слѣпою кишкою и flexura splenica, въ зародышѣ проходитъ косвенно снизу вверхъ и слѣва на право.

О роли брыжейки при внутреннемъ ущемленіи кишечника.

Быть можетъ, я и безъ того далеко перешагнулъ границы предположеннаго реферата, поэтому я считаю невозможнымъ входить здѣсь въ подробности описанія прочихъ частей кишечника, представленнаго весьма тщательно Тревсомъ, какъ съ эмбріологической, такъ и съ сравнительно-анатомической точки зрѣнія. Замѣчу только, что, благодаря этимъ богатымъ анатомическимъ изслѣдованіямъ, найденъ весьма интересный фактъ, могущій объяснить загадочные случаи внутренняго ущемленія кишечника; именно Тревсъ доказалъ, что *въ брыжжейкѣ существуетъ овальное мѣсто, выполненное жиромъ и сосудами; при атрофическихъ процессахъ этотъ жиръ исчезаетъ и на мѣстѣ его остается мѣшокъ брыжжейки—saccus herniae* Въ другихъ случаяхъ въ атрофированной брыжжейкѣ можетъ образоваться отверстіе, черезъ которое проникаетъ кишечная петля и тогда выступаетъ клиническая картина внутренняго ущемленія.

Общее заключеніе о работѣ Тревса.

Вообще же реферированная мною работа Тревса доказала, что наука — описательная анатомія человѣка—далеко еще не сказала своего послѣдняго слова, какъ это думаютъ многіе, и что многое въ этой наукѣ требуетъ тщательнаго пересмотра, ибо въ ней существуетъ не мало ошибочныхъ указаній, какъ результатъ ничѣмъ не оправдываемыхъ поклоненій научнымъ авторитетамъ. Подобные недосмотры стали особенно частыми съ тѣхъ поръ, какъ анатомы стали заниматься болѣе микроскопомъ, нежели анатомическимъ скальпелемъ; другими словами, съ тѣхъ поръ, какъ патологія стала интересною и популярною наукою, благодаря усовершенствованію микроскопа, изслѣдованія простымъ глазомъ стали слишкомъ игнорироваться. Въ заключеніе этого трактата объ анатоміи кишечника, мы не можемъ себѣ отказать въ удовольствіи привести здѣсь характерный отзывъ редакціи «British Medical Journal» объ этомъ трудѣ д-ра Тревса. «Правда, всѣ эти новые

«факты не даютъ намъ научнаго *блеска*, но, тѣмъ не менѣе, они «весьма цѣнны, какъ для медиковъ, такъ и для хирурговъ» [1]).

Итакъ изъ этого ряда лекцій, прочитанныхъ проф. Тревсомъ въ аудиторіи «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи», читатель могъ отчасти убѣдиться въ томъ, какъ высоко подымается уровень научныхъ знаній англійскихъ хирурговъ и какъ твердо стоитъ англійская хирургія на анатомической почвѣ.

Не менѣе теоретическаго интереса представляютъ лекціи Сюттона «*Объ эволюціи въ патологіи*» или «*О законахъ сращенія*» и многихъ другихъ лекторовъ этой «Коллегіи Хирурговъ». Все это доказываетъ, что англійскіе современные хирурги живо интересуются прогрессомъ біологіи, но, вмѣстѣ съ тѣмъ, они считаютъ нужнымъ чисто научные или такъ называемые «натуръ-философскіе» вопросы разсматривать предъ болѣе зрѣлою аудиторіею слушателей, каковую представляетъ «Коллегія Хирурговъ».

Значеніе Королевской Коллегіи Хирурговъ, какъ историческій памятникъ развитія хирургіи въ Англіи.

III. Наконецъ, третье назначеніе «Royal College of Surgeons of England» — служить *историческимъ памятникомъ развитія хирургіи* въ Англіи. Съ этою цѣлью, какъ я уже выше сказалъ, еще въ началѣ текущаго столѣтія основанъ былъ при Royal College of Surgeons of England—анатомическій музей, извѣстный болѣе подъ названіемъ «*Hunterian Museum*».—Въ виду того, что это учрежденіе служитъ притягательною силою для ученыхъ анатомовъ и хирурговъ всего міра и превосходитъ своимъ матеріаломъ прочіе анатомическіе музеи европейскихъ городовъ, я полагаю, не будетъ излишнимъ познакомить своихъ читателей съ внутреннимъ устройствомъ, порядками и нѣкоторыми выдающимися препаратами Гентеровскаго музея.

Описаніе Гентеровскаго музея въ Лондонѣ.

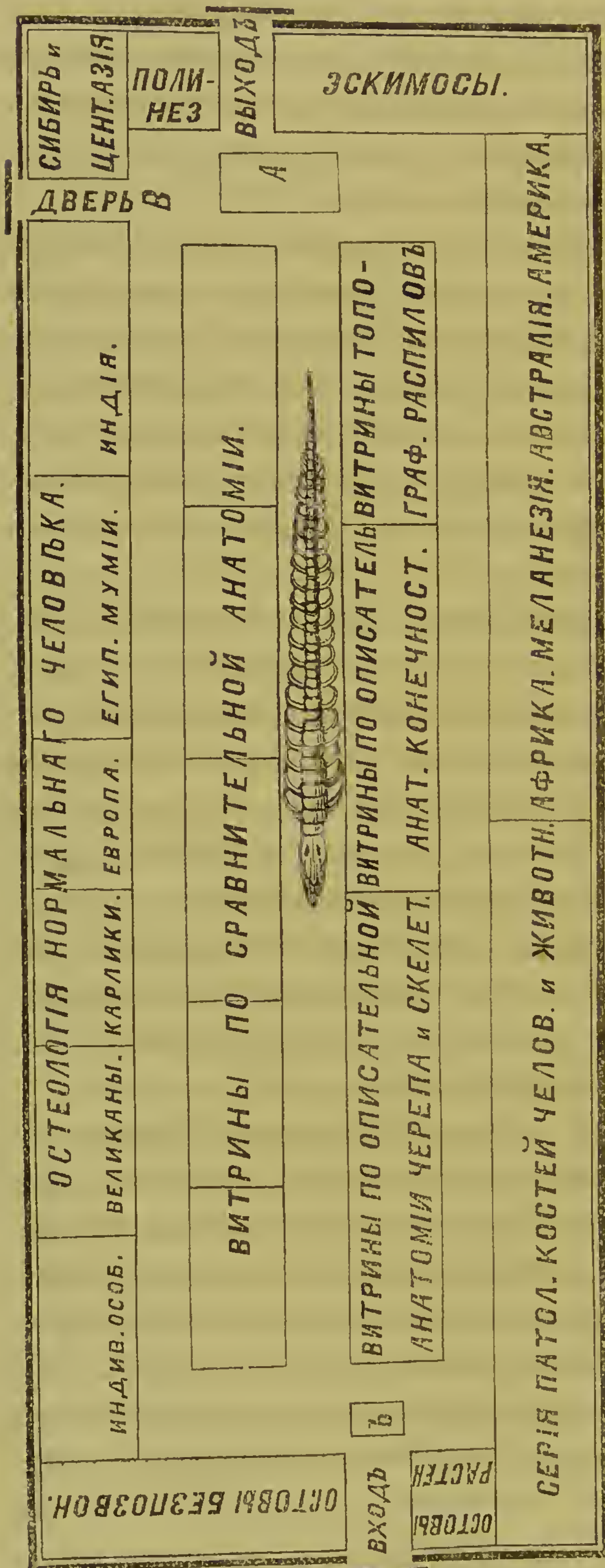
Этотъ музей помѣщается въ «College of Surgeons of England» на площади, назыв. Lincoln's Inn Fields. Для членовъ «Коллегіи» двери музея открыты въ первые 4 дня недѣли, отъ 12 до 4 часовъ пополудни (исключая мѣсяца сентября); отъ постороннихъ же посѣтителей для входа въ музей требуется рекомендательная карта одного изъ членовъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ», каковою меня снабдилъ въ 1884 году проф. Дюргэмъ. Впрочемъ, консерваторъ музея не отказываетъ иностраннымъ врачамъ осматривать коллекціи анатомическихъ препаратовъ и безъ рекомендаціи.

---

[1]) *Hunterian lectures of the Royal College of Surgeons*. Редакціонная статья см. British Medic. Journal, 7/ш, 1885, стр. 496.

Этотъ музей, основанный Джономъ Гёнтеромъ въ 1772 г., числитъ въ себѣ до 23,000 препаратовъ по физіологической, патологической и сравнительной анатоміи. Помѣщеніе музея состоитъ изъ трехъ высокихъ залъ, изъ которыхъ каждая освѣщается сверху чрезъ стеклянную крышу и имѣетъ въ нѣсколько ярусовъ галлереи, по стѣнамъ которыхъ разставлены стеклянные шкапы и витрины, наполненные препаратами.

Рис. 69.



Планъ анатомической залы *Hunterian Museum* въ Лондонѣ.

Въ *первой залѣ* (the Western Museum) противъ входа выдается большой, роскошный, мраморный памятникъ (см. рис. 69, А), изображающій Джона Гёнтера сидящимъ въ креслахъ передъ чертежами череповъ съ перомъ въ рукахъ и устремляющимъ свой взоръ на гигантскій скелетъ Гренландскаго кита, стоящій тутъ-же въ срединѣ залы. Не указываетъ-ли эта аллегорія на то, что только гигантскій умъ Джона Гёнтера могъ создать такой гигантскій музей анатомическихъ препаратовъ, въ которомъ даже исполинскій скелетъ кита находитъ себѣ свободное помѣщеніе? Всѣ стѣны вокругъ этого памят-

ника уставлены шкапами, наполненными скелетами и черепами народовъ различныхъ странъ свѣта. По лѣвой сторонѣ расположены египетскія муміи и скелеты всѣхъ народовъ земнаго шара въ порядкѣ, указанномъ нами на схематическомъ планѣ (см. рис. 69). Въ витринахъ правой стороны выставлены прекрасные препараты по топографической анатоміи человѣка, въ формѣ распиловъ верхней и нижней конечности на различныхъ высотахъ.

Препараты по топографической анатоміи.

Препараты эти погружены въ гипсовую массу и только поверхность препарата залита спиртомъ, вслѣдствіе этого топографическія отношенія анатомическихъ частей сохранены въ точности и весь препаратъ представляется какъ бы вырѣзаннымъ на бѣломъ камнѣ; къ сожалѣнію, мышцы потеряли свой нормальный цвѣтъ (онѣ представляются совершенно бѣлыми, какъ сухожилье или нервы) и инъекціонная масса изъ кровеносныхъ сосудовъ мѣстами выпала. На нѣкоторыхъ препаратахъ бедра названія мышцъ обозначены фаянсовыми миніатюрными номерами на самомъ препаратѣ, а на стеклянной крышкѣ банки наклеенъ текстъ описанія даннаго препарата. Такой способъ приготовленія препарата дѣлаетъ послѣдній весьма поучительнымъ и демонстративнымъ. Особенно хорошо сохраненъ поперечный распилъ верхней части всей грудной клѣтки; на этомъ препаратѣ топографическія отношенія сонныхъ и подключичныхъ артерій къ дыхательному горлу, пищеводу, легкимъ и прочимъ органамъ видны почти съ такою же отчетливостью, какъ на рисункахъ извѣстнаго топографическаго атласа проф. Брауне (изъ Лейпцига), который снималъ эти рисунки съ замороженныхъ препаратовъ. Не знаю—самъ-ли Джонъ Гёнтеръ приготовилъ этотъ препаратъ или онъ сдѣланъ кѣмъ либо изъ позднѣйшихъ анатомо-хирурговъ Лондона. Во всякомъ случаѣ, я полагаю, что подобные препараты могутъ быть приготовлены только путемъ замораживанія трупа; такъ, напр., на описываемомъ препаратѣ видно, что распилъ прошелъ чрезъ правую подключичную вену какъ разъ на уровнѣ венознаго клапана, который обозначается здѣсь въ формѣ полулунія. Въ этой же витринѣ выставленъ такой-же распилъ средней части грудной клѣтки; на этомъ препаратѣ видны правый и лѣвый желудочки сердца, часть селезенки, грудобрюшная преграда, часть легкаго; всѣ эти анатомическія части обозначены на самомъ препаратѣ печатными этикетами, пристегнутыми булавками. Далѣе, въ этой же витринѣ я видѣлъ поперечные распилы шеи взрослаго человѣка; но эти препараты во многомъ уступаютъ предъидущимъ и ихъ нельзя назвать удачными. Но

препаратъ подъ № 1380 P., изображающій продольный распилъ лица съ нервами и вѣтвями сонной артеріи и дополнительные препараты № 1380 O. и 1380 N.—заслуживаютъ названія chefs d'oeuvres.

По лѣвой сторонѣ того-же Western Museum въ шкапахъ сгруппированы по опредѣленной системѣ различные черепа и между ними выставлены два замѣчательныхъ цѣлыхъ скелета: одинъ принадлежалъ извѣстному ирландскому великану О'Брайену, имѣвшему 7 футовъ и 7 дюймовъ росту; другой скелетъ, помѣщающійся весь подъ небольшимъ стеклянымъ колпакомъ, принадлежалъ 10-лѣтнему карлику—Каролинѣ Краками, родомъ изъ Сициліи—имѣвшему 0,6 метра росту.

Противъ памятника Гёнтера (см. рис. 69, A), надъ дверью входа въ описываемый залъ, поставленъ на кронштейнѣ гипсовый бюстъ (см. b, рис. 69) перваго консерватора этого музея, Уильяма Клифта (William Clift 1800—1849), съумѣвшаго создать образцовый порядокъ, безпримѣрную чистоту и чрезвычайно демонстративное и въ тоже время изящное расположеніе этой многотысячной коллекціи анатомическихъ препаратовъ.

«The Middle Museum».

Изъ этой залы дверь (B) ведетъ въ *среднюю залу* (the Middle Museum), составляющую палеонтологическое отдѣленіе, въ которомъ собраны скелеты и образцы допотопныхъ животныхъ; какъ: гигантскій олень, найденный въ раскопкахъ близь Лимерика въ Ирландіи, гигантскій лѣнивецъ (myolodon) изъ Буэносъ-Айреса, далѣе, гипсовый слѣпокъ *dinornis giganteus*—вымершей безкрылой птицы, жившей въ Новой Зеландіи, и много другихъ подобныхъ рѣдкихъ экземпляровъ; въ шкапахъ и витринахъ этого зала хранятся мелкіе препараты ископаемаго міра животныхъ.

The Eastern Museum.

Въ *третьей залѣ* (the Eastern Museum) собраны скелеты по сравнительной анатоміи, какъ: киты, кашелоты, жирафы, рогоносцы, слоны и т. п.; все это отборные экземпляры и весьма тщательно обработанные. Между прочими животными, здѣсь хранится скелетъ индійскаго тигра, убитаго впервые Уэльскимъ принцемъ въ 1876 г. Въ шкапахъ выставлены скелеты мелкихъ животныхъ.

Въ этомъ отдѣленіи мнѣ бросился въ глаза фактъ, который, я полагаю, заслуживаетъ нѣкотораго вниманія хирурговъ: у жирафа, обладающаго такимъ неимовѣрно быстрымъ бѣгомъ, *колѣнный суставъ* имѣетъ два наколѣнника (patella): передній, состоящій изъ 6 отдѣльныхъ мелкихъ костей, и задній—изъ 5 такихъ же неправильныхъ костей, тогда какъ *голено-стопное сочлененіе* у жирафа представляется,

напротивъ того, чрезвычайно простымъ, именно: двѣ плюсневыя кости (ossa metatarsi) непосредственно сочленяются съ больше-берцевою костью, т. е., у жирафа нѣтъ ни мало-берцовой, ни пяточныхъ костей (ossa tarsi). Далѣе, на скелетѣ слона наблюдается обратное: *колѣнное сочлененіе* весьма простаго строенія; оно спереди не снабжено вовсе наколѣнникомъ, patella находится сзади, со стороны fossae popliteae; но взамѣнъ этого *голено-стопное сочлененіе* чрезвычайно сложно; стопа состоитъ изъ 7 мелкихъ костей пятки, сочленяющихся между собою и съ костями голени. Кромѣ того, у слона есть малоберцевая (fibula) кость, которая спирально изгибается вокругъ больше-берцевой кости (tibia).—Не допускаетъ ли этотъ сравнительно-анатомическій фактъ предположеніе, что сложное строеніе наколѣнника способствуетъ болѣе легкому и быстрому передвиженію голени, а болѣе сложное строеніе стопы способствуетъ фиксаціи и устойчивости нижней конечности?

Каталогъ Гёнтеровскаго музея, составленный Д. Пэджетомъ.

Въ галлереяхъ расположены патолого-анатомическіе препараты, число которыхъ доходитъ до 5.000 экземпляровъ и описаніе ихъ образуетъ четырехтомный каталогъ, составленный знаменитымъ хирургомъ Джемсомъ Пэджетомъ, при участіи д-ровъ Фредерика Гудгэрта и Албана Дорэна; послѣдній томъ втораго изданія этого весьма интереснаго каталога вышелъ въ свѣтъ въ 1885 г. Интересно замѣтить, что составленіе перваго изданія этого каталога начато Пэджетомъ еще въ 1842 году и окончено было въ 1849 г.; затѣмъ въ 1871 г. совѣтъ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» постановилъ издать новый каталогъ патологическаго отдѣла музея, составленіе котораго потребовало 14 лѣтъ кропотливаго труда.

Въ описываемомъ отдѣленіи особенно обращаетъ на себя вниманіе богатѣйшая коллекція мочевыхъ камней, среди которыхъ я видѣлъ большой камень—величиною въ крупный лимонъ, вѣсомъ въ $18^1/_2$ англійской унціи, извлеченный знаменитымъ Чизельденомъ при его первой cystotomia s. sectio suprapubica; далѣе, здѣсь можно прослѣдить образованіе этихъ конкрементовъ у различныхъ животныхъ и на различныхъ путяхъ выдѣлительныхъ органовъ человѣка.

Вообще четвертый томъ каталога [1]) заключаетъ въ себѣ описаніе

[1]) *Descriptive Catalogue of the Pathological Specimens contained in the Museum of the Royal College of Surgeons of England.* Second edition by Sir James Paget with the assistance of Frederic Goodhart and Alban Doran. Vol. IV. London 1885.

слѣдующихъ отдѣловъ: болѣзни мочевыхъ органовъ, нервной системы и органовъ чувствъ, болѣзни половыхъ органовъ и титечной желѣзы и анатомія ампутаціонныхъ культей. Нѣкоторые изъ описываемыхъ препаратовъ иллюстрируются въ каталогѣ весьма роскошными рисунками.—Замѣтимъ, что хотя при каждомъ отдѣлѣ патологическаго музея выложенъ на столѣ печатанный каталогъ имѣющихся въ данномъ отдѣлѣ препаратовъ, куда вписываются вновь поступающіе препараты, но, кромѣ того, штангласы снабжены до того подробнымъ описаніемъ содержащагося въ нихъ препарата, что обозрѣвателю нѣтъ почти никакой надобности справляться въ каталогѣ.—Вообще же говоря, этотъ музей приспособленъ для легчайшаго демонстративнаго изученія его объектовъ.

При внимательномъ обозрѣніи Гёнтеровскаго музея нетрудно замѣтить, что коллекціи препаратовъ по нѣкоторымъ областямъ человѣческаго тѣла безпрерывно пополняются новыми объектами, составляющими, такъ сказать, corpora delicti современнаго направленія оперативной хирургіи. Такъ, напр., въ отдѣлѣ оперативной гинекологіи можно видѣть не только цѣлый рядъ удаленныхъ яичниковыхъ кистъ, но нѣсколько препаратовъ успѣшно произведенныхъ гистеротоміи, объектовъ операціи Порро и проч. Далѣе, тутъ можно видѣть вырѣзанные привратники желудка и почечные камни, удаленные путемъ новой операціи *nephro-lithotomia* и т. п. По всему видно, что операторы не только Лондона, но и другихъ городовъ Англіи, считаютъ своею нравственною обязанностью приносить въ этотъ храмъ неувядаемой славы Джона Гёнтера свои трофеи новѣйшаго искусства.

Въ этомъ музеѣ хранятся препараты по новѣйшимъ спеціальностямъ, какъ, напримѣръ, поучительная коллекція препаратовъ по ушнымъ болѣзнямъ, составленная знаменитымъ отіатромъ Тойнби (Toynbee); въ дополненіе къ этой коллекціи имѣется въ музеѣ весьма интересная серія препаратовъ уха различныхъ позвоночныхъ животныхъ.

Нѣкоторыя историческія свѣдѣнія объ этомъ музеѣ.

Вообще же «Королевская Коллегія Хирурговъ» неусыпно слѣдитъ за развитіемъ всѣхъ отраслей наукъ, имѣющихъ отношеніе къ хирургіи, и старается свою практическую школу, основанную Дж. Гёнтеромъ, удержать на современномъ уровнѣ прогресса біологическихъ наукъ. Поэтому описываемый музей есть по-истинѣ самое богатое учрежденіе подобнаго рода.

Англія, какъ одна изъ богатѣйшихъ странъ Европы, гордится своимъ «Hunterian Museum», который былъ купленъ англійскимъ прави-

тельствомъ за относительно баснословно дешевую цѣну. Джону Гёнтеру коллекція анатомическихъ препаратовъ обошлась 70.000 фунт. стерл., и когда въ 1793 году Гёнтеръ умеръ, то народъ требовалъ отъ парламента ассигновать извѣстную сумму денегъ на пріобрѣтеніе этого музея и сдѣлать его національною собственностью. Но знаменитый въ то время президентъ парламента, мистеръ Питтъ сильно возставалъ противъ такого предложенія и вскрикнулъ: «Я не позволю покупать на правительственныя деньги какіе-то препараты, когда я не имѣю достаточно денегъ на покупку пороха!» —Тѣмъ не менѣе, парламентъ ассигновалъ 15.000 ф. стерл., за каковую сумму (т. е., почти за пятую часть стоимости) наслѣдники Гёнтера и отдали этотъ музей въ собственность правительства. Въ 1799 г. народное представительство предложило этотъ музей въ даръ «Коллегіи Хирурговъ» съ тѣмъ, чтобы въ извѣстные часы и дни недѣли этотъ музей былъ открытъ для врачей и вообще для лицъ, желающихъ заниматься анатоміею и хирургіею, и чтобы при немъ всегда находилось свѣдующее лицо (conservator), умѣющее дать посѣтителямъ музея толковое объясненіе хранящимся препаратамъ, и, наконецъ, чтобы въ этомъ музеѣ ежегодно читались не менѣе 24 лекцій по сравнительной анатоміи и другимъ наукамъ, имѣющимъ связь съ хирургіею. Съ тѣхъ поръ «Коллегія Хирурговъ» получила титулъ «Королевская» и вообще стала пользоваться большимъ уваженіемъ среди Лондонскихъ ученыхъ. Первыя, такъ называемыя, *Гёнтеровскія лекціи* (Hunterian lectures) были читаны такими свѣтилами науки, какъ Оуэнъ, Гёкслей, Пэркеръ и Флоуеръ [1]). Въ 1806 г. этотъ музей изъ частнаго зданія былъ перенесенъ въ теперешнее помѣщеніе Королевской Коллегіи Хирурговъ на Lincoln's Jnn Fields, на что парламентъ вторично ассигновалъ 42.500 фун. стерлинговъ.

И такъ, «Hunterian Museum» есть народный памятникъ, стоившій англійскому правительству свыше полумилліона рублей.

При этомъ же музеѣ имѣется весьма богатая библіотека, въ которой собрана вся хирургическая литература прошлаго столѣтія и въ настоящее время она пополняется новѣйшими книгами медицинской литературы европейскихъ народовъ. Кромѣ того, въ «предверьи» (vestibulum) этой библіотеки выставлены мраморные бюсты тѣхъ изъ членовъ «Ко-

[1]) Owen, Huxley, Parker, Flower.

ролевской Коллегіи Хирурговъ», которые своими научными трудами производили, такъ сказать, реформы въ медицинѣ; къ числу таковыхъ «безсмертныхъ» членовъ этой Коллегіи принадлежатъ: 1) Гэрвей, 2) Чизельденъ, 3) Билчеръ, 4) Поттъ, 5) Арноттъ, 6) Эстлей Куперъ, 7) Листонъ, 8) Клайнъ, 9) С. Куперъ, 10) Эбернетси, 11) Гомъ, 12) Дэлримфъ, 13) Близардъ, 14) Чарльсъ Бэль, 25) Броди, 16) Лауренсъ, 17) Гринъ, 18) Джонъ Гёнтеръ, 19) Траверсъ, 20) Гётсри, 21) Симонъ, 22) Штромейеръ и 23) Гаукинсъ [1]). Изъ этого перечня именъ читатель отчасти можетъ видѣть, съ какою строгостью обсуждаются заслуги тѣхъ лицъ, памятники которыхъ удостаиваются чести быть поставленными въ національномъ хранилищѣ анатоміи и хирургіи. Такъ, между прочимъ, замѣтимъ, что въ вышеприведенномъ спискѣ нѣтъ многихъ англійскихъ весьма солидныхъ хирурговъ, какъ Саймъ, Симпсонъ, Ферьюссонъ и другихъ, а изъ германскихъ хирурговъ удостоился этой чести одинъ лишь Штромейеръ, который въ свое время дѣйствительно научно работалъ на хирургическомъ поприщѣ.

Вообще, «Royal College of Surgeons» относится до-нельзя строго при выборѣ лицъ въ члены своей ученой корпораціи, что постоянно вызывало ропотъ и неудовольствіе во врачебномъ сословіи Англіи; тѣмъ не менѣе, эта Коллегія продолжаетъ слѣдовать своимъ старымъ традиціямъ и потому, быть можетъ, уровень современнаго направленія англійской хирургіи не понижается и по-нынѣ она стоитъ незыблемо на твердой анатомической почвѣ.

Литературные источники:

1) Watson Cheyne. *Lectures on suppurations and septic diseases*, delivered at the Royal College of Surgeons. February 1888 («British Medic. Journal» 1888, т. I, стр. 404).

2) *Calendar of the Royal College of Surgeons of England for 1887 year.* London 1887.

3) *College improvements and finance* («British Medic. Journal» 1887. 22. X).

4) *The Medical Directory for 1887.*

---

[1]) 1) Harvey, 2) Cheselden, 3) Beelcher, 4) Pott, 5) Arnott, 6) A. Cooper, 7) Liston, 8) Cline, 9) Cooper, 10) Abernethy, 11) Home, 12) Dalrymphe, 13) Blizard, 14) Ch. Bell, 15) Brodie, 16) Laurence, 17) Green, 18) J. Hunter, 19) Travers, 20) Guthrice, 21) Simon, 22) Stromeyer, 23) C. Hawkins.

5) Albert Schäfer. *On Secretion* («British Medic. Journal» 1885. 20/vi и слѣд. №№).

6) Frederick Treves. *Lectures on the Anatomy of the intestinal canal and peritoneum in man* («British Medic. Journal» 1885. 28/п и слѣд. №№).

7) Bland Sutton. *On Evolution in pathology* («British Medical Journal» 1886, 13/п и слѣд. №№).

8) *Hunterian lectures of the Royal College of Surgeons* (Редакціонная статья «British Medical Journal. 1885, стр. 496. 7/ш).

9) James Paget. *Descriptive Catalogue of the Pathological specimens contained in the Museum of the Royal College of Surgeons of England.* Second edition. Vol. IV. London 1885.

ГЛАВА XVI.

Жизнеописаніе Джона Гёнтера, какъ родоначальника современнаго направленія хирургіи. — Мѣсторожденіе и первоначальное воспитаніе его. — Джонъ Гёнтеръ въ роли прозектора у своего брата Уильяма Гёнтера. — На 31-мъ году Дж. Гёнтеръ зачисляется воспитанникомъ медицинской школы и предается систематическому изученію курса врачебныхъ наукъ. — Воззрѣніе Д. Гёнтера на изученіе древнихъ языковъ медиками. — Выраженіе Оксфордскаго университета памяти о Дж. Гёнтерѣ. — Недостатки Д. Гёнтера, какъ лектора, при его первоначальной преподавательской дѣятельности. — Перечень его первыхъ открытій въ анатоміи. — Знакомство Д. Гёнтера съ содержателемъ Тоуерскаго звѣринца съ цѣлью обогащенія своей коллекціи препаратовъ по сравнительной анатоміи.—Д. Гёнтеръ, въ роли военнаго хирурга, принимаетъ участіе въ морской экспедиціи въ Португалію. — Опыты его по сравнительной физіологіи. — Д. Гёнтеръ на поприщѣ практикующаго врача въ Лондонѣ. — Стычка Д. Гёнтера съ живыми леопардами. — Разрывъ собственнаго Ахиллесова сухожилья служитъ ему темою для экспериментальнаго изслѣдованія. — Джонъ Гёнтеръ избирается въ члены «Королевскаго Общества» раньше, нежели его братъ Уильямъ. — Дружескіе отношенія перваго къ Дженнеру. — Гёнтеръ въ домашней обстановкѣ и на ученомъ поприщѣ. — Первые литературные труды и научныя изслѣдованія его. — Начало его анатомическаго музея. — Д. Гёнтеръ, какъ лекторъ по хирургіи. — Привычки и трудолюбіе Д. Гёнтера. — Начало его болѣзни сердца, распознанной впервые Дженнеромъ. — Столкновеніе двухъ братьевъ Гёнтеръ изъ-за пріоритета «кровообращенія беременной матки». — Безпредѣльная страсть Д. Гёнтера къ рѣдкостямъ. — Учрежденіе образцоваго анатомическаго музея. — Д. Гёнтеръ, какъ операторъ; его первая перевязка бедренной артеріи и экспериментальное изслѣдованіе о возстановленіи боковаго кровообращенія. — Научно-философскія сочиненія Гёнтера. — Борьба его съ товарищами по службѣ. — Его послѣдніе часы жизни на совѣщаніи госпитальнаго комитета. — Причина его внезапной смерти. — Неблаговидный поступокъ Гома съ оставшимися трудами Гёнтера. — Перенесеніе его останковъ въ Вестминстерское аббатство.—Изъ рѣчи Д. Пэджета о заслугахъ и характерѣ Джона Гёнтера. — Перечень его трудовъ. — Литературные источники.

«J know J am but a pigmy in know-
«ledge, yet J feel as a giant when com-
«pared with these men.»
John Hunter.

Чтобы выяснить предъ читателемъ тѣ научныя заслуги Джона Гёнтера, которыя побудили англичанъ создать ему такой памятникъ, какъ вышеописанный музей, мнѣ необходимо представить біографію этого ученаго анатома-хирурга. Я дѣлаю это тѣмъ охотнѣе, что въ русской врачебной литературѣ, на сколько мнѣ извѣстно, нѣтъ обстоятельно составленной біографіи этого первоучителя современной хирургіи.

«Съ именемъ Джона Гёнтера (John Hunter)», говоритъ новѣйшій его біографъ Бетэнней [1]), «связана слава великаго медицинскаго ученаго, неутомимаго работника по анатоміи, неподражаемаго художника въ оперативномъ искусствѣ и основателя безпримѣрнаго музея, составляющаго самое богатое наслѣдство «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи». Джонъ Гёнтеръ родился 13 февраля 1728 г. въ Шотландіи, въ графствѣ Ланаркѣ, въ помѣстьѣ Long Calderwood, когда отецъ его приближался къ 70-лѣтнему возрасту. Джонъ былъ младшій сынъ десятичленнаго, весьма почетнаго семейства — «Hunters of Hunterstown». На десятомъ году онъ лишился отца; мать же его, видя въ немъ нѣжнаго и младшаго изъ своихъ дѣтей, заботилась болѣе о его физическомъ укрѣпленіи, нежели объ умственномъ образованіи; въ виду этого она считала нужнымъ отдать Джона въ такое первоначальное училище (grammarschool), въ которомъ классическіе языки вовсе не преподавались [2]). На 17-мъ году только молодой Гёнтеръ переѣхалъ изъ деревни въ Глазгоо и поселился въ домѣ своего шурина, нѣкоего Бьюканана,—рѣзчика по дереву (cabinet-maker). Само собою разумѣется, что при домашней обстановкѣ ремесленника, юноша Гёнтеръ не могъ пополнить своего пробѣла въ наукахъ, тѣмъ болѣе, что механическое искусство за верстакомъ занимало его больше, нежели уединенныя занятія надъ книжками. Однакоже, Джонъ Гёнтеръ вскорѣ опытомъ убѣдился, что онъ вовсе негоденъ для торговыхъ предпріятій, поэтому онъ счелъ нужнымъ оставить домъ своей сестры и переѣхать обратно въ деревню Long-Calderwood. Здѣсь, не имѣя никакого опредѣленнаго занятія, Джонъ Гёнтеръ тосковалъ по дѣлу тѣмъ болѣе, что старшій братъ его,

Мѣсторожденіе и первоначальное воспитаніе его.

[1]) Betanny. *Eminent Doctors; their lives and their works*, т. I. London 1888.
[2]) l. c., стр. 133.

Уильямъ Гёнтеръ, въ то время жилъ въ Лондонѣ и пользовался большимъ успѣхомъ среди ученыхъ въ роли профессора по хирургіи и анатоміи. Джонъ просился къ брату на должность помощника при его анатомическихъ занятіяхъ; его просьба была принята и въ 1748 г. младшій Гёнтеръ прибылъ въ Лондонъ. Въ сентябрѣ того года онъ уже приготовилъ анатомическій препаратъ по мышцамъ плеча для лекцій брата, который демонстрировалъ его, сверхъ всякаго ожиданія, съ большимъ успѣхомъ. Зимою того же года Джонъ Гёнтеръ былъ утвержденъ въ должности прозектора своего брата, а въ ближайшее лѣто онъ поступилъ ассистентомъ въ «Chelsea-hospital», къ хирургу Чизельдену. Послѣдній вскорѣ убѣдился, что для молодаго Гёнтера анатомическія занятія составляютъ ту сферу, въ которой онъ можетъ развернуть свои природныя дарованія; поэтому, уже на второмъ семестрѣ, Джону Гёнтеру предоставлено было самостоятельное руководство студентовъ по практической анатоміи, тогда какъ братъ его, Уильямъ Гёнтеръ, довольствовался однимъ лишь теоретическимъ чтеніемъ лекцій.—Въ 1751 г. (стало быть, на 31-мъ году жизни) Джонъ Гёнтеръ поступилъ ученикомъ въ St. Bartholomew's hospital, гдѣ въ то время славился знаменитый хирургъ Персиваль Поттъ (Percival Pott); три года спустя, онъ перешелъ воспитанникомъ въ St. George's hospital, гдѣ начинающему хирургу легче было выдвинуться впередъ, нежели въ St. Bartholomew's hospital. Въ 1756 г. онъ уже былъ назначенъ младшимъ ординаторомъ хирургической клиники (house-surgeon) St. George's hospital.

Джонъ Гёнтеръ въ роли прозектора у брата-профессора Уильяма Гёнтера.

На 31-мъ году Д. Гентеръ поступаетъ воспитанникомъ медицинской школы.

Въ теченіи этихъ же двухъ послѣднихъ лѣтъ Д. Гёнтеръ временно посѣщалъ Оксфордскій университетъ, куда онъ, по всей вѣроятности, пріѣзжалъ съ цѣлью сдать экзаменъ на званіе доктора медицины; но Джонъ Гёнтеръ, по заявленіямъ его современниковъ, *никакъ не могъ преодолѣть свое отвращеніе къ изученію латыни и греческаго.* Много лѣтъ спустя, онъ писалъ: «Джессъ Футъ (Jesse Foot) упрекалъ меня въ непониманіи мертвыхъ языковъ, но, вѣдь, я изучаю мертвое тѣло, которое не знаетъ никакого языка—ни мертваго, ни живаго».

Воззрѣніе Д. Гёнтера на изученіе классическихъ языковъ медиками.

Интересно еще замѣтить, что впослѣдствіи Оксфордскій университетъ не только счелъ нужнымъ внести Джона Гёнтера въ число бывшихъ казенно-коштныхъ студентовъ (battels) этой гордой almae matris, но даже запечатлѣть его имя на стѣнахъ аудиторіи, такъ назыв., Mary's

Выраженіе Оксфордскаго университета памяти о Джонѣ Гёнтерѣ.

hall, гдѣ время пребыванія Джона Гёнтера значится 5/vi 1755—10/xii 1756.

Въ 1755 г. Джонъ Гёнтеръ получилъ особенное званіе — въ родѣ товарища-профессора (a certain degree of partner ship) и былъ приставленъ къ брату Уильяму Гёнтеру; т. е., первый не только читалъ самостоятельный курсъ по извѣстному отдѣлу анатоміи, но нерѣдко вполнѣ замѣщалъ своего брата, когда послѣдній отсутствовалъ въ городѣ по какимъ ни-на-есть причинамъ. Это обстоятельство служило, между прочимъ, источникомъ многихъ неудовольствій, ибо пробѣлы первоначальнаго воспитанія младшаго Гёнтера нерѣдко высказывались съ кафедры особенно рѣзко. Такъ, напримѣръ, его открытый врагъ Футъ[1]) рисуетъ обстановку Д. Гёнтеровской лекціи въ слѣдующихъ словахъ: «Не смотря на то, что Джонъ Гёнтеръ записывалъ свои лекціи на клочкахъ бумаги, тѣмъ не менѣе, съ нимъ часто случалось во время чтенія, что онъ никоимъ образомъ не могъ, ни разъяснить своей мысли, ни разобраться въ своихъ замѣткахъ; при тщательномъ усиліи какъ нибудь связать клочки своей отрывочной рѣчи, онъ не могъ не порхать въ какомъ-нибудь заоблачномъ мірѣ; вообще языкъ его не подчинялся волѣ; напрасно онъ потиралъ себѣ лобъ и смыкалъ вѣки, чтобы вспомнить сказанное и передуманное; онъ, хотя-нехотя, долженъ былъ бросить незаконченную мысль и браться за другую, чтобы эту, въ свою очередь, не закончить».

Недостатки Д. Гёнтера въ его первоначальной преподавательской дѣятельности.

Въ этихъ словахъ заклятаго недруга Джона Гёнтера нельзя не замѣтить много пристрастья и злаго сарказма; однакоже, современники Гёнтера признавали въ нихъ извѣстную долю правды. Дѣйствительно, Джонъ Гёнтеръ въ началѣ своей преподавательской дѣятельности встрѣчалъ много затрудненій, какъ слѣдствіе недостатковъ въ первоначальномъ образованіи. Тѣмъ не менѣе, проводя цѣлые дни въ препаровочной залѣ за анатомическими препаратами, Джонъ сдѣлался болѣе усовершенствованнымъ анатомомъ, нежели его старшій братъ Уильямъ; онъ сталъ открывать все новые факты, въ которыхъ послѣдній сначала сомнѣвался; но, въ концѣ концевъ, онъ ихъ долженъ былъ признать и тогда онъ не замедлялъ говорить объ этихъ открытіяхъ на своихъ лекціяхъ, причемъ отдавалъ должное автору.

---

[1]) Футъ (Jesse Foot) былъ авторомъ позорящей біографіи Джона Гёнтера. 1794.

Перечень его первыхъ открытій въ анатоміи.

Къ этому времени относится открытіе Джона Гёнтера о развѣтвленіи обонятельныхъ нервовъ въ носу, о распредѣленіи вѣтвей V-й пары нервовъ до того неизвѣстной, о распредѣленіи артерій въ беременной маткѣ и о существованіи лимфатическихъ сосудовъ у птицъ. Нѣкоторыя открытія Джона Гёнтера были впервые описаны въ сочиненіи Уильяма Гёнтера—«*Medical Commentaries*».—Слѣдуетъ еще замѣтить, что младшій Гёнтеръ въ началѣ своихъ научныхъ изслѣдованій не могъ получить заслуженной доли славы за свои работы, ибо старшій Гёнтеръ имѣлъ обыкновеніе всѣ изслѣдованія, произведенныя въ его лабораторіи, считать отчасти своими. «Тѣмъ не менѣе», говоритъ Эверардъ Гомъ [1]) «Джонъ продолжалъ анатомировать съ «такимъ рвеніемъ и настойчивостью, съ какимъ трудно себѣ представить какого либо ученаго. Поэтому, нѣтъ ничего удивительнаго въ «томъ, что его работы оказались настолько полезнымъ пріобрѣтеніемъ «для анатомической коллекціи Уильяма Гёнтера, что, хотя въ другомъ отношеніи успѣхи Джона не были совсѣмъ пріятны его брату, «онъ всетаки оставлялъ его при себѣ въ теченіи многихъ лѣтъ».

Знакомство Д. Гентера съ содержателемъ Тоуерскаго звѣринца.

Джонъ Гёнтеръ рано началъ заниматься сравнительной анатоміею послѣ того, какъ онъ убѣдился, что нѣкоторыя ткани, представляющіяся въ человѣческомъ организмѣ весьма сложными, нерѣдко у животныхъ представляются либо болѣе простыми, либо иначе расположенными; въ обоихъ случаяхъ такія сравнительныя изслѣдованія разъясняютъ многое въ анатоміи и физіологіи человѣка. Вотъ почему Д. Гёнтеръ старался саморучно препарировать обыкновенныхъ животныхъ и тѣ препараты, которые казались ему болѣе демонстративными, онъ приготавливалъ впрокъ. Для того, чтобы получить разнообразный матеріалъ для своихъ анатомическихъ изслѣдованій, онъ подружился съ содержателемъ Тоуерскаго звѣринца, который доставлялъ ему трупы умершихъ животныхъ. Кромѣ того, онъ пріобрѣталъ живыхъ звѣрей у бродячихъ содержателей звѣринцевъ, предлагая имъ доставлять ему умирающихъ животныхъ. Такимъ путемъ онъ собралъ много рѣдкихъ экземпляровъ, другіе были ему поднесены въ даръ друзьями науки; вообще же онъ съумѣлъ создать себѣ обширную коллекцію по анатоміи животныхъ.

---

[1]) Sir Everard Home. *Life of John Hunter*, prefixed to the treatise of the blood, inflammation etc. London. 1787.

Для біографовъ Джона Гёнтера остается по нынѣ невыясненнымъ поводъ, побудившій столь ревностнаго анатома покинуть на время секціонный залъ и принять должность штабнаго хирурга (staff surgeon) арміи, въ роли котораго Джонъ Гёнтеръ участвовалъ въ Белейсловской экспедиціи 1761 года въ Португалію. Быть можетъ его разстроенное здоровье требовало отдыха отъ анатомическихъ занятій или вообще морскаго путешествія. 1762 годъ Джонъ Гёнтеръ прожилъ въ рядахъ войска и здѣсь онъ пріобрѣлъ первоначальныя свѣдѣнія по военно-полевой хирургіи. Даже во время экспедиціи онъ никогда не терялъ случая совершенствоваться въ изученіи сравнительной анатоміи или физіологіи. Такъ, напр., въ Белейслѣ онъ производилъ наблюденія надъ питаніемъ животныхъ, подверженныхъ зимней спячкѣ; съ этой цѣлью онъ вносилъ въ желудокъ ящерицамъ (lizalds) различныхъ червей и куски мяса и хранилъ этихъ животныхъ въ прохладномъ мѣстѣ; онъ доказалъ, что введенныя вещества остаются совершенно неперевар енными. Далѣе, въ 1762 г. Джонъ Гёнтеръ, живя близь Лиссабона, дѣлалъ опыты въ одномъ прудѣ надъ рыбами, съ цѣлью изучить органъ слуха послѣднихъ.

Д. Гёнтеръ въ роли штабнаго хирурга англійской арміи.

Опыты его по сравнительной физіологіи.

Въ 1763 году, послѣ заключенія мира, Гёнтеръ возвратился изъ арміи въ Лондонъ; но здѣсь онъ нашелъ, что его прежнее мѣсто при кафедрѣ брата занялъ нѣкій Гьюзонъ (Hewson), который считался болѣе опытнымъ преподавателемъ. Джону Гёнтеру, поэтому, ничего другаго не оставалось, какъ попытать свое счастье на практическомъ поприщѣ хирурга, къ которому онъ чувствовалъ себя особенно склоннымъ: онъ объявилъ себя хирургомъ въ участкѣ Лондона близь Golden Square. Вскорѣ, однакоже, Д. Гёнтеръ убѣдился, что безъ научной славы и довѣрія общества врачебная практика пріобрѣтается слишкомъ медленно, поэтому онъ открылъ у себя дома частный курсъ преподаванія анатоміи и практической хирургіи, надѣясь этимъ путемъ увеличить свои доходы. Но его лекціи никогда не вознаграждались такъ щедро, какъ лекціи его брата, ибо, какъ выше уже было упомянуто, Д. Гёнтеръ не обладалъ ни даромъ слова, ни умѣньемъ передавать свои мысли коротко и ясно. Врачебная практика также давалась ему съ большимъ трудомъ, потому что онъ либо не умѣлъ, либо не хотѣлъ прибѣгать къ тѣмъ мѣрамъ, которыя дѣлаютъ врача популярнымъ среди болѣющаго люда. Кромѣ того, молодой Гёнтеръ, по характеру своему, былъ весьма общительнымъ человѣкомъ и нерѣдко принималъ живое участіе въ общественныхъ сборищахъ; особенно охотно Д. Гён-

Д. Гёнтеръ на поприщѣ практикующаго врача-хирурга въ Лондонѣ.

теръ являлся туда, гдѣ онъ могъ чему нибудь научиться: всякій интересный клиническій случай или выдающійся препаратъ приковывалъ его вниманіе. А въ то время, какъ и теперь, выдающіеся практики не особенно-то высоко цѣнили въ Д. Гёнтерѣ его страсть къ анатомическому препарированію.

Стычка Д. Гёнтера съ леопардами.

Между тѣмъ его коллекція живыхъ животныхъ разрослась до того, что у него не хватало средствъ содержать ихъ въ городѣ; тогда онъ пріобрѣлъ за городомъ, въ двухъ миляхъ отъ Лондона, обширный участокъ земли, на которомъ построилъ домъ, окруженный поляной; здѣсь то онъ помѣстилъ всю коллекцію звѣрей, между которыми были и рѣдкіе экземпляры, къ сожалѣнію, подъ слишкомъ слабымъ надзоромъ. Однажды два леопарда сорвались съ своихъ цѣпей; одинъ изъ нихъ уже успѣлъ перебраться чрезъ ограду, когда другой вступилъ въ бой съ собаками; Д. Гёнтеръ безоруженный, выскочилъ на поляну, смѣлыми руками схватилъ обоихъ звѣрей за шиворотъ и засадилъ ихъ въ амбаръ; этотъ мужественный поступокъ, который такъ благополучно кончился, довелъ, однакоже, храбраго Д. Гёнтера до обморока.

Разрывъ собственнаго Ахиллесова сухожилья служитъ Гёнтеру темою для экспериментальнаго изслѣдованія.

Въ 1767 году Д. Гёнтеръ нанесъ себѣ разрывъ Ахиллесова сухожилья; по мнѣнію иныхъ біографовъ, это случилось во время танцевъ, по указаніямъ другихъ—при судорогахъ послѣ продолжительныхъ занятій за секціоннымъ столомъ. Онъ самъ назначилъ себѣ весьма раціональное средство: пятку онъ подтягивалъ вверхъ, чтобы концы перерваннаго сухожилья привести во взаимное соприкосновеніе, а икроножную мышцу онъ равномѣрно сжималъ помощью бинта, чтобы предупредить всякое спазмотическое сокращеніе. По выздоровленіи этотъ случай побудилъ его подвергнуть экспериментальному изслѣдованію вопросъ о заживленіи разрыва сухожилья; съ этою цѣлью Д. Гёнтеръ умышленно разсѣкалъ tendo Achillis у нѣсколькихъ собакъ и убивалъ ихъ въ различные періоды заживленія раны, стараясь прослѣдить постепенное развитіе рубца въ сухожильной ткани. Эти опыты и слѣдуетъ считать основаніемъ раціональнаго способа леченія искривленій или сведеній стопы (см. выше, главу XIV, стр. 421).

Д. Гёнтеръ избирается въ члены Королевскаго Общества раньше, нежели его братъ Уильямъ.

Въ томъ-же 1767 г. Д. Гёнтеръ былъ избранъ членомъ «Королевскаго Общества» (Royal Society) прежде, чѣмъ братъ его; этотъ фактъ служитъ нѣкоторымъ доказательствомъ тому, что глубокія познанія Д. Гёнтера уже въ то время не могли быть незамѣченными безпристрастными сподвижниками науки и прогресса.

Впослѣдствіи Д. Гёнтеръ учредилъ въ одной кофейнѣ научные ми-

тинги, на которыхъ должны были предварительно обсуждаться доклады, имѣющіе поступить на разсмотрѣніе «Королевскаго Общества». Въ 1768 году онъ принятъ былъ въ число участниковъ (member) «Коллегіи Хирурговъ» и въ томъ-же году, по предложенію брата, онъ избранъ былъ хирургомъ въ St. George's hospital при 114 бѣлыхъ и 42 черныхъ шарахъ.

Наконецъ-то Д. Гёнтеръ сталъ на ноги: онъ получилъ возможность, съ одной стороны, на богатомъ клиническомъ матеріалѣ прослѣдить результатъ своихъ новыхъ способовъ леченія, а съ другой—удержать при себѣ учениковъ болѣе продолжительное время.

Въ 1770 г. братъ его выстроилъ себѣ новый домъ на Windmill Street и предложилъ Джону переѣхать на его старую квартиру, на Jermyn Street, что онъ и сдѣлалъ. Съ тѣхъ поръ его врачебная практика стала быстро распространяться въ городѣ.

Дружескія отнош. его съ Дженеромъ.

Среди его первыхъ учениковъ былъ и Дженнеръ (Jenner), въ то время увлекающійся наукою юноша, съ которымъ Д. Гёнтеръ охотно и подолгу бесѣдовалъ о различныхъ научныхъ вопросахъ. Впослѣдствіи онъ находился съ нимъ въ весьма дружескихъ отношеніяхъ, переписывался съ нимъ въ теченіи всей жизни и нерѣдко спрашивалъ у Дженнера совѣта относительно постановки опыта при рѣшеніи нѣкоторыхъ естественно-историческихъ вопросовъ.

Д. Гёнтеръ въ домашней обстановкѣ.

Въ іюлѣ 1771 г. Д. Гёнтеръ женился на Аннѣ Гомъ—дочери военнаго хирурга Роберта Гома, сынъ котораго Эверардъ Гомъ—былъ ученикомъ и помощникомъ Д. Гёнтера. Жена послѣдняго любила музыку, литературу и искусство, что не мало поглощало средствъ и времени ея ученаго супруга; она считается авторомъ текста нѣкоторыхъ кантатъ знаменитаго виртуоза Гайдена. Д. Гёнтеръ нерѣдко находилъ, что знакомые его супруги слишкомъ расходятся съ нимъ во вкусахъ: они слишкомъ для него аристократичны и легкомысленны. Разсказываютъ, что разъ послѣ продолжительной утомительной работы, Гёнтеръ, возвратясь домой поздно вечеромъ, нашелъ свою залу полную веселою кампаніею гостей, привольно разыгрывающихъ различныя симфоніи; тогда онъ обратился прямо къ гостямъ своей супруги: «Я ничего не зналъ «объ этомъ праздникѣ, ибо никто заблаговременно меня объ этомъ не «предупреждалъ; поэтому теперь, когда я возвратился домой заниматься дѣломъ, я надѣюсь, что веселая кампанія освободитъ мой домъ «отъ своего присутствія!»—его желаніе было немедленно исполнено.—Гёнтеръ предпочиталъ посѣщать общественныя собранія, гдѣ его ра-

душно встрѣчали товарищи по наукѣ, съ которыми онъ могъ вести оживленныя бесѣды. Нельзя сказать, чтобы Д. Гёнтеръ былъ счастливъ въ семейномъ отношеніи, но, тѣмъ не менѣе, о своихъ двухъ дѣтяхъ онъ, бывало, говорилъ, что если бы ему позволено было заказать себѣ пару дѣтей, то онѣ были бы именно такими, какія ему посланы Провидѣніемъ. Супруга его умерла на 79-мъ году и пережила его до 1821 г.

Первые литературные труды и научныя сообщенія.

Въ 1771 г. Д. Гёнтеръ обнародовалъ первую часть своего обширнаго труда, озаглавленнаго *«Treatise on the Natural History of the Human Teeth»*.—Трактатъ о естественно-историческомъ развитіи зубовъ человѣка, который долгое время считался образцевымъ изслѣдованіемъ по этому вопросу, и его заключенія подтверждались многими позднѣйшими эмбріологами. Вторая часть этого труда вышла въ свѣтъ не ранѣе 1778 г. Въ 1772 году Гёнтеръ обратилъ на себя вниманіе своимъ сообщеніемъ въ «Королевскомъ Обществѣ»—*«О пищевареніи желудка послѣ смерти животнаго»*, причемъ онъ впервые доказалъ вліяніе желудочнаго сока на мертвыя ткани. Затѣмъ Д. Гёнтеръ обнародовалъ цѣлый рядъ научныхъ изслѣдованій въ *«Philosophical Transactions»*, изъ которыхъ укажемъ на слѣдующія: *«объ электрическихъ рыбъ»* (1773); *«о воздушныхъ вмѣстилищахъ у птицъ»* (1774); *«о развитіи теплоты у животныхъ и растеній»* (1775); *«о возвращеніи къ жизни утопленниковъ»* (1776); *«о зараженіи зародыша оспою въ утробѣ матери»* (1780); *«объ органахъ слуха у рыбъ»* (1782); *«о специфическомъ тождествѣ волка, шакала и собаки»; «о строеніи и жизни кита»* (1787); *«наблюденія надъ пчелами»* (1793); *«о нѣкоторыхъ замѣчательныхъ пещерахъ въ Бейрутѣ и объ ископаемыхъ костяхъ, найденныхъ тамъ»* (1794).

Однѣ лишь названія этихъ сообщеній, конечно, не даютъ яснаго представленія ни о предметѣ, ни о глубинѣ мыслей, изложенныхъ въ этихъ научныхъ трактатахъ по различнымъ вопросамъ біологіи, но онѣ намъ указываютъ плодотворность и разносторонность ума Гёнтера. Вообще же при описаніи какой-либо ткани, онъ имѣлъ обыкновеніе принимать послѣднюю за искомую точку своего разсужденія и вокругъ нея, какъ вокругъ центра, онъ располагалъ свой громадный запасъ научныхъ фактовъ, аналогичныхъ описываемой ткани, и такимъ образомъ онъ выводилъ важные физіологическіе законы о жизни тканей дедуктивнымъ путемъ, на основаніи обширнаго личнаго опыта.

Осенью 1772 г. Эверардъ Гомъ (Home) представилъ описаніе Гёнтеровскаго музея; этотъ послѣдній уже въ то время представлялъ собою величественное собраніе анатомическихъ препаратовъ. Всѣ лучшія комнаты его дома были отведены подъ коллекцію препаратовъ, которая весьма быстро увеличивалась, благодаря неусыпной любви Гёнтера къ анатомированію; ежедневно отъ 6 до 9 час. утра (время его перваго завтрака) онъ препарировалъ; послѣ завтрака до полудня онъ принималъ у себя дома больныхъ и былъ чрезвычайно аккуратенъ относительно времени. Не разъ онъ отказывалъ въ пріемѣ многимъ больнымъ, опоздавшимъ явиться въ указанные имъ часы. «Этотъ народъ», говорилъ Гёнтеръ, «можетъ явиться, когда ему заблагоразсу-«дится, но я лично не имѣю никакого права расточать драгоцѣнное «время другихъ врачей, заставляя ихъ ждать себя на консультаціяхъ». Объ аккуратности Джона Гёнтера свидѣтельствуетъ еще слѣдующій фактъ: у него дома была заведена книга, куда ежедневно вносилось распредѣленіе часовъ его предстоящихъ занятій; копія съ этого распредѣнія хранилась всегда у него въ карманѣ жилета; поэтому всякій врачъ, имѣвшій надобность въ совѣтѣ Дж. Гёнтера, могъ знать, гдѣ его отъискать, если онъ справится съ его домашнею книгою. Однажды, д-ръ Клайнъ, ученикъ Гёнтера, пригласилъ его на консультацію къ одному больному, а затѣмъ, безъ предварительнаго извѣщенія, показалъ ему еще другаго больнаго; взрывъ негодованія Гёнтера за нарушеніе его порядка въ занятіяхъ, д-ръ Клайнъ долгое время не могъ позабыть.

Начало Гёнтеровскаго музея.

Гёнтеръ постоянно обѣдалъ въ 4 ч. пополудни и требовалъ, чтобы этотъ часъ не измѣнялся, гдѣ бы онъ ни былъ: у себя-ли дома, или нѣтъ. Долгое время онъ не пилъ никакого вина и вообще не любилъ засиживаться у обѣденнаго стола, исключая тѣхъ случаевъ, когда у него за столомъ обѣдали гости, которымъ онъ никогда не совѣтовалъ слѣдовать его привычкамъ. Однажды онъ угощалъ обѣдомъ своего друга, знаменитаго хирурга Близара (Blizard) и присталъ къ нему съ вопросомъ: почему онъ не пьетъ вина? — Гость, въ оправданіе, жаловался на ногтоѣду, причиняющую ему много страданій. Но Гёнтеръ не хотѣлъ признать это оправданіе за законную причину отказа и приставалъ къ товарищу съ просьбою — выпить стаканъ вина. «Какъ, Джонъ!...» сказала ему жена, «ты не признаешь ногтоѣду за бо-«лѣзнь, когда у тебя самаго появляется бредъ (you were delirious) отъ

простаго прыща на пальцѣ»? Эти слова г-жи Гёнтеръ вызвали общій смѣхъ, а супругъ ея пересталъ угощать товарища виномъ.

Однакоже, Джонъ Гёнтеръ, при его безграничномъ геніи и трудолюбіи, умѣлъ еще утилизировать чужія способности въ свою пользу: такъ, въ теченіи 14 лѣтъ у него работалъ весьма даровитый художникъ, нѣкій Бэль (Bell), которому онъ поручалъ дѣлать рисунки, препарировать и вообще работать въ его музеѣ. Тѣмъ не менѣе, этого Бэля онъ величалъ во всѣхъ своихъ трудахъ домашнимъ секретаремъ (amanuensis). — Въ 1789 г. Бэль оставилъ лабораторію Гёнтера и получилъ должность ассистента по хирургіи въ Бенкольнѣ (въ Индіи), гдѣ онъ съумѣлъ самостоятельными зоотомическими изслѣдованіями пріобрѣсти громкую извѣстность; въ 1792 г., этотъ ревностный и способный ученикъ Гёнтера умеръ отъ индійской лихорадки.

Д. Гёнтеръ, какъ лекторъ по хирургіи.

Въ 1772 году Д. Гёнтеръ началъ читать лекціи по теоретической и практической хирургіи, сначала безплатно предъ небольшой аудиторіей, состоящей изъ его друзей и немногихъ учениковъ; но впослѣдствіи онъ взималъ за курсъ лекцій по 4 гинеи (окодо 40 руб. по курсу). Въ этихъ лекціяхъ Гёнтеръ впервые въ Англіи поставилъ преподаваніе хирургіи на раціональную почву: онъ разъяснялъ процессы заживленія ранъ путемъ демонстрированія препаратовъ и указывалъ научныя основы оперативнаго леченія; онъ преподавалъ не одну только хирургическую анатомію человѣка, а совмѣстно съ послѣднею излагалъ сравнительную физіологію и патологію животныхъ. Эта безпредѣльная любовь къ вспомогательнымъ для хирургіи наукамъ была отчасти причиною его недостатковъ преподавательской дѣятельности; Джонъ Гёнтеръ никогда не могъ сдѣлаться образцовымъ лекторомъ, такъ какъ ему необходимо было до выхода въ аудиторію успокаивать себя нѣсколькими каплями опія. Лекціи свои онъ читалъ въ зимнемъ семестрѣ (съ октября по апрѣль) по вечерамъ отъ 7—8 часовъ; его аудиторія обыкновенно была немноголюдна: она вмѣщала не болѣе 30 слушателей; но школа Гёнтера была богата не количествомъ, а качествомъ своихъ учениковъ, на что указываютъ имена такихъ ученыхъ, какъ: Эстлей Куперъ, Клайнъ, Эбернетси, Карлайль, Чивэлиръ и Макартней [1]). Лекціи Гёнтера нельзя было назвать увлекательными, ибо онъ ихъ всегда читалъ по рукописи и рѣдко отрывалъ свои

---

[1]) Astley Cooper, Cline, Abernethy, Carlisle, Chevalier and Macartney.

глаза отъ послѣдней, такъ какъ онъ не довѣрялъ своей памяти. Правда, для нѣкоторыхъ слушателей такой способъ чтенія не могъ быть пріятенъ; но для большинства аудиторіи лекціи Гёнтера составляли всегда источникъ новыхъ познаній; ученики совмѣстно съ учителемъ переносились въ новый міръ фактовъ и неопровержимыхъ научныхъ законовъ. Въ своихъ лекціяхъ Гёнтеръ одинаково безпощадно критиковалъ какъ свои ошибки, такъ и ошибки другихъ авторовъ. «Никогда «меня не спрашивайте», говорилъ Д. Гёнтеръ, «что я сказалъ или «что я написалъ; но если вы спросите, каково мое теперешнее мнѣніе, «то я вамъ охотно скажу».

Его привычки и трудолюбіе.

Интересныя свѣдѣнія о домашней жизни Д. Гёнтера сообщаетъ его біографъ Оттлей [1]). Послѣ обѣда онъ имѣлъ обыкновеніе спать около часу; вечера же онъ посвѣщалъ либо препарированію, либо приготовленію къ лекціямъ, либо диктовалъ своему секретарю замѣтки о такихъ клиническихъ случаяхъ, которымъ онъ водилъ подробныя исторіи болѣзни; равнымъ образомъ онъ поступалъ при составленіи конспектовъ прочитанныхъ книгъ, обратившихъ на себя его вниманіе. При всѣхъ этихъ занятіяхъ секретарь Бэль всегда и безотлучно присутствовалъ: онъ садился у одного края препаровочнаго стола, а Д. Гёнтеръ сидѣлъ у другаго и диктовалъ ему свои мысли, рефераты и предположенія. Затѣмъ Гёнтеръ пересматривалъ эту рукопись и исправлялъ грамматическія ошибки, ибо Бэль былъ человѣкъ безъ всякаго образованія. Къ 12 часамъ ночи, обыкновенно, семейство Гёнтера предавалось сну, а дворецкій, ранѣе чѣмъ отправиться на покой, приносилъ въ лабораторію своего барина свѣжую Аргантовую лампу, при свѣтѣ которой Гёнтеръ работалъ до двухъ часовъ утра, а зимою нерѣдко и позже. Стало быть, онъ удѣлялъ сну всего какихъ-либо четыре часа, и поэтому не удивительно, что его организмъ требовалъ еще маленькаго отдыха въ послѣобѣденное время.

Вообще, у себя дома Д. Гёнтеръ не находилъ ни развлеченія, ни отдыха для своего усталаго ума; единственное удовольствіе ему доставляли вечернія прогулки среди разнообразныхъ обитателей земли и воздуха въ учрежденномъ имъ «Графскомъ дворѣ» — такъ онъ называлъ загородное помѣщеніе для своихъ живыхъ животныхъ.

Въ 1776 году Дж. Гёнтеръ былъ приглашенъ ко двору въ долж-

[1]) D. Ottley. *Life of John Hunter*. London 1835.

ности почетнаго хирурга короля. Съ этого же года онъ сталъ интересоваться задачами «Человѣколюбиваго Общества» и тамъ дѣлалъ сообщеніе «*о помощи мнимо-утопленникамъ*». При этомъ онъ точно и опредѣленно указалъ отличительные признаки между безусловно- и мнимо-умершими, разобралъ различныя формы проявленія смерти и предложилъ болѣе раціональныя средства для оживленія утопленниковъ. Это весьма интересное сообщеніе служило началомъ ряда лекцій, которыя онъ читалъ въ «Королевскомъ Обществѣ», вплоть до 1782 (съ пропускомъ 1777), подъ названіемъ «*о мышечномъ движеніи;*» къ сожалѣнію, эти лекціи онъ не позволялъ печатать, говоря, что онѣ слишкомъ неполны.

Начало болѣзни Д. Гёнтера.

Въ 1773 году у Гёнтера показался первый приступъ болѣзни, причинявшей ему жестокія страданія въ теченіи многихъ лѣтъ; онъ былъ подверженъ судорогамъ, сопровождавшимся остановкою сердечной дѣятельности и длившимся до $^3/_4$ часа, причемъ сознаніе и чувствованіе, однакоже, сохранялись, поэтому онъ могъ произвольно усиливать дыханіе. Сначала эти припадки появлялись относительно рѣдко; но съ 1783 года Гёнтеръ сталъ сильно страдать припадками грудной жабы (angina pectoris), которые всякій разъ потрясали его умственно. Еще съ 1777 года у него обнаружились жестокія головныя боли (родъ vertigo), которыя онъ приписывалъ сильному огорченію, вызванному уплатою большаго денежнаго долга его друга, за котораго онъ поручился; въ то время такая потеря была для него крайне стѣснительна. Болѣзнь его, однакоже, побудила осенью поѣхать на воды «Bath»; тогда онъ своимъ помощникамъ Бэлю и Гому — предоставилъ каталогизировать его музей. Въ «Bath» навѣстилъ его въ то время уже знаменитый англійскій терапевтъ, д-ръ Дженнеръ, который крайне изумился старческому виду Гёнтера и здѣсь онъ впервые діагностировалъ у него органическій порокъ сердца; но изъ опасенія — причинить своему другу огорченіе — Дженнеръ не говорилъ Гёнтеру о своемъ діагнозѣ.

Оправившись на столько, что онъ могъ приняться за свои обычныя занятія, Дж. Гёнтеръ поспѣшилъ въ 1778 г. обнародовать вторую часть своего трактата «*о зубахъ и ихъ болѣзняхъ*»; въ 1779 году онъ представилъ докладъ въ «Королевскомъ Обществѣ» «*о двуснастіи у крупнаго рогатаго скота и нѣкоторыхъ птицъ*», что дало ему поводъ написать трактатъ *о двуснастіи вообще* (hermaphroditismus).

Столкновеніе двухъ братьевъ Гёнтеръ изъ-за пріоритета.

Въ 1780 году онъ вступилъ въ полемику со своимъ братомъ — Уильямомъ Гёнтеромъ—по поводу первенства открытія *«плацентарнаго кровообращенія матки;* это столкновеніе вызвало со стороны старшаго брата непріязнь къ Джону, которую онъ унесъ съ собою въ могилу. Послѣ смерти Уильяма, которая совпала съ появленіемъ въ свѣтъ заключительныхъ лекцій Джона Гёнтера, этотъ послѣдній сознается, что онъ уже слишкомъ далеко зашелъ въ спорѣ съ своимъ братомъ-учителемъ. — Послѣ чтеніи послѣдней лекціи онъ въ концѣ ея вдругъ остановился, какъ будто вспоминая что-то, и сказалъ: «Да, «господа, я долженъ вамъ еще сказать нѣчто: мнѣ нѣтъ надобности «воскрешать въ вашей памяти о.......; вы всѣ знаете, какой уронъ. «потерпѣла недавно наука анатомія»! съ этими словами Гёнтеръ отвернулся въ сторону отъ своихъ слушателей. Эта сцена была до того трогательна, что вся аудиторія долгое время не могла вспоминать ее безъ содроганія сердца.

Безпредѣльная страсть къ рѣдкостямъ.

Страсть, съ какою Гёнтеръ отъискивалъ и пріобрѣталъ различныя рѣдкости, лучше всего высказалась въ одной просьбѣ къ д-ру Клэрку (Clarke), у котораго былъ превосходный препаратъ внѣматочной беременности. Д. Гёнтеръ долго разсматривалъ завистливыми глазами это драгоцѣнное сокровище и, наконецъ, обратился къ обладателю его. «И такъ, докторъ, я положительно долженъ имѣть этотъ препа«ратъ». «Нѣтъ, г-нъ Гёнтеръ, вы положительно не будете имѣть «его!» — былъ отвѣтъ.—«Вы не хотите мнѣ его отдать»? — «Нѣтъ» — «Такъ продайте его мнѣ»! — «Нѣтъ»! — «Ну, такъ берегитесь «встрѣчи со мною ночью, въ темномъ мѣстѣ, ибо я способенъ васъ «убить съ цѣлью пріобрѣсти какими ни на есть путями этотъ пре«паратъ»!

Одинъ изъ самыхъ драгоцѣнныхъ препаратовъ Гёнтеровской коллекціи въ 1783 году былъ скелетъ великана, нѣкоего Ирландца О'Брайена, имѣвшаго 7′ и 7″ дюймовъ росту. Д. Гёнтеръ заплатилъ за трупъ его тѣла не меньше 500 ф. стерл. (5000 руб.). Разсказываютъ, будто этотъ великанъ еще при жизни съ ужасомъ предчувствовалъ удары анатомическаго ножа Гёнтера, поэтому онъ предпринималъ мѣры предотвратить сужденный ему конецъ: О'Брайенъ еще при жизни получилъ обѣщаніе отъ своихъ друзей, что его тѣло по смерти будетъ брошено въ море и такъ, чтобы оно на вѣки оставалось на днѣ морскомъ. Но находчивый умъ Гёнтера перехитрилъ великана: онъ вошелъ въ сдѣлку съ погребальщиками, которые, прежде чѣмъ спу-

стить трупъ О'Брайена въ море, поставили гробъ въ сарай, а сами отправились съ друзьями покойника въ трактиръ на поминки; въ это время тѣло великана было вынуто изъ гроба и на мѣсто покойника вложили камни такого же вѣса. Такимъ образомъ Гёнтеръ получилъ свою драгоцѣнную покупку, которую онъ отправилъ въ собственномъ экипажѣ на свой «Графскій дворъ» и здѣсь онъ немедленно занялся приготовленіемъ скелета.

Учрежденіе образцоваго анатомическаго музея.

Въ 1783 г. истекъ срокъ обязательнаго найма его квартиры на Jermyn Street, гдѣ помѣщеніе для его музея далеко уже не удовлетворяло потребностямъ послѣдняго; Дж. Гёнтеръ нанялъ на 24 года другой домъ на восточной сторонѣ Leicester Square, съ обширнымъ помѣщеніемъ въ первомъ этажѣ, выходящемъ на заднюю сторону Castle street, гдѣ находился еще другой маленькій домъ. Это-то свободное помѣщеніе Дж. Гёнтеръ перестроилъ въ прекрасное зданіе для своего музея, въ которомъ главная зала имѣла 52 фута въ длину и 28 ф. въ ширину, освѣщалась сверху и была снабжена галлереею вокругъ всей залы; вблизи музея находились аудиторія, читальня, лабораторія и прочія необходимыя приспособленія для преподаванія анатоміи.

Только къ веснѣ 1785 года Гёнтеръ окончилъ постройку этого зданія, которое поглотило всѣ его сбереженія; эта затѣя ему обошлась свыше 30,000 руб. Самые же препараты его коллекціи къ апрѣлю 1785 г. уже оцѣнивались около 100,000 руб., не считая многихъ предметовъ, принесенныхъ ему въ даръ; поэтому несправедливы были тѣ, которые утверждали, что «футляръ стоилъ дороже заключающагося въ немъ сокровища».

Въ этомъ новомъ помѣщеніи музея препараты могли быть расположены болѣе цѣлесообразно и, благодаря этому, самый музей все болѣе и болѣе пріобрѣталъ славу среди иностранныхъ анатомовъ, изъ которыхъ такія знаменитости, какъ Блуменбахъ, Кэмперъ, Скарпа Поли и друг., пріѣзжали въ Лондонъ съ цѣлью познакомиться съ сокровищами этого музея.

Къ этому времени и самъ Дж. Гёнтеръ достигъ наивысшей ступени своей ученой карьеры; его духъ и тѣло находились въ полномъ развитіи и согласіи. «Его руки», говоритъ Гомъ, «были въ состояніи «произвести то, что создавалъ его умъ, а его выводы основывались на «обширной личной опытности».

Д. Гёнтеръ, какъ операторъ.

Что касается оперативной способности Гёнтера, то мнѣнія современниковъ расходятся: Эстлей Куперъ не признавалъ за нимъ лов-

кости и изящества въ оперированіи, хотя, съ другой стороны, его анатомическія познанія и громадная опытность давали ему всегда возможность производить операціи съ большимъ успѣхомъ. Нужно еще замѣтить, что въ то время—до изобрѣтенія хлороформа—отъ оператора требовалось чрезвычайной быстроты въ движеніяхъ, на что Гёнтеръ не былъ способенъ. Въ дѣйствительности же всякая операція составляла для него самое непріятное занятіе его врачебной дѣятельности: онъ, бывало, говорилъ: «Оперировать—значитъ изувѣчить больнаго, «котораго мы не можемъ излечить; всякая операція должна быть раз-«сматриваема какъ выраженіе несовершенства нашего искусства».

Его наибольшій успѣхъ на практическомъ поприщѣ совпадаетъ съ періодомъ его наибольшей болѣзненности; отъ чрезмѣрныхъ усилій физическихъ, умственныхъ и нравственныхъ у него стали все чаще и чаще повторяться припадки сердечнаго спазма, сопровождавшіеся удушеньемъ; тѣмъ не менѣе, Гёнтеръ не переставалъ работать, какъ ученый, какъ врачъ и какъ страстный любитель природы. Къ этому періоду его жизни (1785) относится превосходно выполненный портретъ его, сдѣланный знаменитымъ художникомъ Рейнольдомъ (Reynold) и хранящійся теперь въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Англіи». Джонъ Гёнтеръ не былъ изъ числа терпѣливыхъ натурщиковъ, но талантливому художнику достаточно было видѣть разъ глубоко задумчиваго Гёнтера, поддерживающаго свою голову лѣвою рукою и устремляющаго взоръ въ необъятную даль, чтобы схватить эти особенныя черты его характернаго лица и передать ихъ на полотно живыми. Современники признали этотъ портретъ самымъ удачнымъ твореніемъ Рейнольда; на немъ Гёнтеръ смотритъ философомъ до мозга костей (which shows Hunter the philosopher in the true profundity of his nature).

Въ 1785 году Гёнтеръ впервые перевязалъ бедренную артерію при аневризмѣ въ подколѣнной ямкѣ; это клиническое наблюденіе, между прочимъ, служило ему поводомъ къ открытію весьма важнаго въ хирургіи закона, именно: *при замыканіи просвѣта крупнаго ствола артеріи, боковыя вѣточки, анастомозирующія между участками послѣдней, расширяются и возстановляютъ кровообращеніе въ нижележащемъ участкѣ тѣла.* Анатомо-физіологическое значеніе этого закона Гёнтеръ еще ранѣе наблюдалъ при экспериментальномъ изученіи вопроса о ростѣ роговъ у дикихъ оленей. Получивъ королевское разрѣшеніе производить опыты надъ оленями

Его первая перевязка бедренной артеріи.

Ричмондовскаго парка, онъ на одной сторонѣ шеи перевязывалъ наружную сонную артерію, вѣтви которой несутъ кровь къ молодымъ рогамъ; при этомъ онъ наблюдалъ, что рогъ соотвѣтственной стороны холодѣетъ; но недѣлю или двѣ спустя онъ, къ изумленію, замѣтилъ, что рогъ опять становится теплѣе и даже продолжаетъ рости. Изслѣдовавъ кровеносные сосуды на трупахъ этихъ животныхъ, онъ убѣдился въ томъ, что дальнѣйшій ростъ роговъ экспериментированнаго оленя зависитъ отъ расширенія мелкихъ вѣтвей сонной артеріи, отходящихъ выше и ниже наложенной лигатуры; это расширеніе волосныхъ сосудовъ происходитъ на столько совершенно, что чрезъ нихъ кровь вполнѣ свободно приливаетъ къ рогамъ.—Отсюда Гёнтеръ заключилъ, что подобныя явленія должны имѣть мѣсто и при леченіи аневризмъ перевязкою главнаго приводящаго ствола артеріи. И дѣйствительно, всѣ четверо больныхъ, оперированныхъ по новому способу Гёнтера, пережили 50-ти лѣтній возрастъ; послѣ смерти одного изъ этихъ оперированныхъ Гёнтеръ имѣлъ случай убѣдиться въ справедливости его теоретическаго воззрѣнія на боковое кровообращеніе и приготовленный имъ анатомическій препаратъ хранится по-нынѣ въ Hunterian Museum въ Лондонѣ.

Въ 1786 г., послѣ смерти д-ра Мидльтона, Дж. Гёнтеръ принялъ постъ главнаго хирурга арміи, а по смерти д-ра Адайра—въ 1790 г. онъ получилъ должность главнаго хирурга и инспектора госпиталей.

Научно-философскія сочиненія Гёнтера.

Въ 1786 году Д. Гёнтеръ выпустилъ въ свѣтъ свое пространное сочиненіе «*Венерическія болѣзни*» (the Venereal disease), которое имѣло въ то время громадный успѣхъ, на что указываетъ быстрая распродажа его въ теченіи короткаго времени, не смотря на то, что это сочиненіе печаталось и продавалось въ его собственномъ домѣ. Въ томъ же году онъ собралъ свои многочисленныя научныя сообщенія, сдѣланныя имъ въ «Королевскомъ Обществѣ», и совмѣстно съ другими работами, нигдѣ не обнародованными, онъ издалъ этотъ трудъ in 4° въ одномъ томѣ подъ заглавіемъ: «*Наблюденія надъ нѣкоторыми вопросами животной экономіи*» (Observations on certain parts of the animal Oeconomy).—Въ 1787 г. Дж. Гёнтеръ былъ удостоенъ Коплевской медали отъ «Королевскаго Общества» за открытія, сдѣланныя имъ въ біологіи.

Къ этому времени Гёнтеру разрѣшено было администраціею St. George's hospital имѣть при себѣ въ должности ассистента д-ра Гома,

который помогалъ ему въ приготовленіи къ лекціямъ. Такая существенная помощь со стороны свѣдующаго человѣка доставила Гёнтеру возможность заняться обработкой своихъ классическихъ трудовъ *«О крови,» «о воспаленіи»* и *«объ огнестрѣльныхъ ранахъ»*, которые, тѣмъ не менѣе, оставались неизданными до 1794 г. Уже тогда смерть неоднократно угрожала неутомимому труженику науки; непосредственною же причиною его смерти считаютъ споръ со своими товарищами и попечителями St. George's hospital о платѣ воспитанниковъ за право слушанія лекцій. Вообще же говоря, Гёнтеръ весьма охотно занимался съ усердными и способными студентами колледжа; такъ, напримѣръ, очевидцы разсказываютъ, что ученику своему Карлэйлю онъ выдалъ безсрочный билетъ на право слушанія его лекцій за представленный имъ препаратъ внутренняго строенія уха. Равнымъ образомъ Гёнтеръ поддерживалъ молодыхъ врачей, вступившихъ на практическое поприще, посылая къ нимъ своихъ паціентовъ. Онъ, между прочимъ, не скрывалъ предъ своими учениками тяжелый путь, по которому ему приходилось слѣдовать для достиженія имъ начерченной цѣли. «Я живу здѣсь уже много лѣтъ и работаю очень много, но, тѣмъ «не менѣе, я по-нынѣ не знаю тайнъ нашего «искусства!»—такъ говорилъ онъ своимъ ученикамъ. Гёнтеръ не имѣлъ въ городѣ такой обширной, доходной практики, каковую имѣли другіе хирурги, его товарищи по госпиталю.

Борьба его съ товарищами.

Онъ всегда проповѣдывалъ о необходимости знанія физіологіи для практическаго хирурга, между тѣмъ какъ его сослуживцы либо вовсе не имѣли никакихъ свѣдѣній, либо обладали весьма ограниченными познаніями по физіологіи. Вслѣдствіе такого различія во мнѣніяхъ хирурговъ одной и той же школы, Дж. Гёнтеръ прослылъ среди своихъ современниковъ энтузіастомъ и новаторомъ. Вотъ почему въ 1792 году одному изъ его товарищей—Чарльсу Гаукинсу (Charles Hawkins) передана была кафедра по теоретической хирургіи, а Кійтъ (Keate) — старшій хирургъ—былъ избранъ громаднымъ большинствомъ голосовъ въ намѣстники Гёнтера, вмѣсто д-ра Гома, выставленнаго кандидатомъ самимъ Гёнтеромъ. Такая слишкомъ явная непріязнь со стороны его сослуживцевъ побудила Гёнтера публично высказать, что его товарищи-хирурги незаслуженно получаютъ гонораръ отъ студентовъ, ибо многіе изъ этихъ руководителей весьма небрежно относятся къ своимъ обязанностямъ и удѣляютъ слишкомъ мало вниманія воспитанникамъ колледжа. Это заявленіе вызвало сильный протестъ со сто-

роны другихъ хирурговъ госпиталя, такъ что администрація послѣдняго вынуждена была представить этотъ вопросъ на обсужденіе общему собранію попечителей (или subscribers). За день до митинга, состоявшагося въ мартѣ 1793, Гёнтеръ въ пространномъ письмѣ, адрессованномъ собранію, изложилъ обстоятельно всѣ предпринятыя имъ мѣры для успѣшнаго веденія преподаванія другими сотоварищами его по колледжу; «но, къ сожалѣнію», говоритъ Гёнтеръ въ этой запискѣ, «всѣ мои усилія оставались тщетными, ибо одни изъ преподавателей «боялись рисковать своею репутаціею при введеніи предлагаемыхъ «мною мѣръ, а другіе—просто не видѣли возможности усовершенство- «ваться; вслѣдствіе всего этого число студентовъ въ колледжѣ стало сильно убывать».

На это слишкомъ явное обвиненіе прочіе хирурги госпиталя отвѣтили, что они слѣдовали своей обычной программѣ преподаванія; если студенты дѣйствительно стали пренебрегать госпитательными занятіями, то это явилось лишь слѣдствіемъ ихъ увлеченія физіологіею, въ чемъ они госпитальные хирурги ничѣмъ неповинны. Если бы они стали читать лекціи такъ, какъ это требуетъ Гёнтеръ, то воспитанники только записывали-бы за лекторами и затѣмъ обнародовали эти чтенія. Что въ аудиторію Гёнтера собиралось значительно большее число слушателей, чѣмъ на лекціяхъ другихъ хирурговъ, то причина этого, говорили противники Гёнтера, заключается въ его связи съ Анатомической школою на Windmill Street и въ его почетномъ посту въ арміи, но никакъ не въ томъ, будто онъ болѣе внимательно относится къ потребностямъ воспитанниковъ колледжа; наконецъ, они готовы фактически доказать, что для изученія хирургіи полезнѣе воспитанникамъ имѣть одного руководителя, и не четырехъ, какъ это требовалъ Д. Гёнтеръ. Собраніе попечителей высказалось противъ Гёнтера, признавъ его реформы за причину разлада и безпорядковъ въ St. George's College. Избранный комитетъ выработалъ правила о пріемѣ и распредѣленіи занятій воспитанниковъ въ формѣ проекта, который и былъ утвержденъ администраціею St. George's hospital, безъ всякаго совѣщанія съ Гёнтеромъ. Въ этихъ правилахъ, между прочимъ, былъ одинъ параграфъ, который направленъ былъ прямо противъ Гёнтера, именно: въ число воспитанниковъ колледжа могли поступать только молодые люди, представившіе свидѣтельство о прохожденіи подготовительнаго курса медицинскихъ наукъ (previous medical instruc-

tion). Этотъ параграфъ правилъ не замедлилъ послужить яблокомъ раздора въ ближайшей осени; два молодыхъ человѣка пріѣхали въ Лондонъ, съ цѣлью поступить въ St. George's College, не зная вовсе о новомъ требованіи администраціи госпиталя; Гёнтеръ выступилъ защитникомъ этихъ молодыхъ людей и горячо отстаивалъ ихъ право на поступленіе въ число воспитанниковъ предъ комитетомъ госпиталя, состоявшимся 16 октября 1793 г.

Его послѣдніе часы.

На слѣдующій день послѣ упомянутаго митинга, Гёнтеръ жаловался одному изъ своихъ друзей на свое нездоровье, на общее нервное потрясеніе и, между прочимъ, замѣтилъ, что подобныя препирательства съ сослуживцами могутъ довести его до гроба. «Грустно сознаться», сказалъ Гентеръ, «что моя жизнь находится въ рукахъ нѣкоторыхъ «негодяевъ, которые всячески досаждаютъ и раздражаютъ меня». — Дѣйствительно, въ тотъ же день онъ изъ разсѣянности позабылъ свои замѣтки въ той комнатѣ, гдѣ происходили пренія; прибывъ на другое утро въ госпиталь, онъ нашелъ всѣхъ членовъ комитета въ сборѣ, которые разсматривали его рукопись и злостно издѣвались надъ его мыслями. На этотъ разъ одинъ изъ его сотоварищей позволилъ себѣ въ весьма пошлыхъ выраженіяхъ противорѣчить ему, какъ вдругъ Гёнтеръ замолчалъ, съ большимъ усиліемъ подавивъ въ себѣ горячій пылъ гнѣва, быстро отошелъ отъ стола и едва успѣлъ войти въ сосѣднюю комнату, какъ онъ бездыханно упалъ въ объятія д-ра Робертсона—терапевта того же госпиталя. Д-ръ Бэли, племянникъ Гёнтера, и д-ръ Гомъ, присутствовавшіе при этой катастрофѣ, старались всѣми мѣрами оживить его, но все было тщетно. «Это совѣща-«ніе въ St. George's hospital», говоритъ біографъ Гёнтера, «было са-«мое короткое; но оно стоило жизни самаго великаго хирурга»!

Причина его внезапной смерти.

Посмертное вскрытіе показало, что покойный Д. Гёнтеръ давно уже страдалъ порокомъ сердца: arteriae coronariae, valvula mitralis и aorta представлялись мѣстами покрытыми известковыми бляшками; все это явно подтвердило діагнозъ Дженнера, поставленный еще въ 1777 г.

Тѣло этого истаго ученаго, стоявшаго много выше своихъ современниковъ и умершаго въ борьбѣ изъ-за правды, было погребено весьма скромно 22 октября 1793 г. въ церкви Св. Мартина.

Неблаговидный поступокъ проф. Гома.

Оставшіяся послѣ смерти Гёнтера рукописи переданы были сэру Эверарду Гому, который въ теченіи многихъ лѣтъ хранилъ эти труды подъ спудомъ; между тѣмъ за это время онъ обнародовалъ подъ сво-

имъ именемъ нѣсколько ученыхъ изслѣдованій, напечатанныхъ въ «Philosophical Transactions».

Не безъ основанія нѣкоторые англійскіе ученые допускаютъ, что Эверардъ Гомъ многое позаимствовалъ изъ оставшихся рукописей Гёнтера; доказательствомъ этого предположенія, между прочимъ, служитъ слѣдующій знаменательный фактъ: когда хранитель музея Клифтъ настоятельно требовалъ издать оставшіеся труды Гёнтера, хотя бы въ необработанномъ видѣ, то Эв. Гомъ тайкомъ сжегъ почти всѣ рукописи. Кромѣ того, Битэнней разсказываетъ, что Клифтъ, оставленный хранителемъ Гёнтеровскаго музея и бывшій долгое время ассистентомъ и другомъ сэра Гома, будучи спрошенъ коммиссіею (Commission of Medical Education), занимавшеюся разъясненіемъ этого прискорбнаго факта, показалъ, что всю свою жизнь онъ проводилъ, по требованіямъ Эв. Гома, въ переписываніи рукописей Гёнтера и въ снимманіи копіи съ рисунковъ, найденныхъ его въ портфелѣ, которые сэръ Гомъ обнародовалъ, какъ свои собственныя творенія.—Какой неблагородный поступокъ со стороны любимаго ученика и свояка!

Перенесеніе останковъ Д. Гёнтера въ Вестминстерское аббатство.

Очевидно, что при жизни Д. Гёнтеръ не имѣлъ преданныхъ лицъ, пожелавшихъ отстоять честь его имени и интересы его научной славы. Только въ концѣ пятидесятыхъ годовъ текущаго столѣтія, когда выдающіеся дѣятели англійскихъ школъ хирургіи стали безпристрастно оцѣнивать громадные труды Д. Гёнтера по анатоміи, физіологіи, хирургіи и біологіи вообще, тогда Лондонскіе граждане постановили— перенести останки Д. Гёнтера изъ церкви Св. Мартина въ Вестминстерское аббатство, гдѣ хранятся гробницы англійскихъ королей и доблестныхъ гражданъ Англіи, что было съ пышнымъ торжествомъ совершено 28 марта 1859 г.

Съ этого времени память о Д. Гёнтерѣ чествуется ежегодно въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» и на этихъ митингахъ выдающіеся хирурги произносятъ рѣчи (Hunterian orations), въ которыхъ весьма рельефно очерчивается многосторонняя дѣятельность родоначальника современной хирургіи. Благодаря такому обычаю, біографія и библіографія Д. Гёнтера на столько обстоятельно разработаны въ англійской литературѣ, что одни лишь извлеченія изъ указанныхъ юбилейныхъ рѣчей могли бы составить цѣлую книгу. Я вышелъ бы изъ границъ своей задачи, если бы вздумалъ перечислять имена всѣхъ авторовъ такъ назыв. «Hunterian Orations». Только для охарактеризованія этихъ послѣднихъ я позволю себѣ привести здѣсь нѣкоторыя выдерж-

ки изъ подобной рѣчи, читанной маститымъ хирургомъ—Джемсомъ Пэджетомъ [1]).

Изъ рѣчи Джемса Пэджета о заслугахъ и характерѣ Гёнтера.

«Труды Д. Гёнтера заслуживаютъ то время, которое имъ посвя-«щается. Я думаю, что не уклонюсь отъ истины, если скажу, что ни-«кто до него или въ его время не былъ такимъ проницательнымъ на-«блюдателемъ и изслѣдователемъ по столь разнообразнымъ отраслямъ «науки. Онъ былъ увлекающимся естествовѣдомъ; по сравнительной «анатоміи или физіологіи онъ стоялъ несравненно выше своихъ совре-«менниковъ; среди немногихъ патологовъ онъ былъ лучшій; среди еще «меньшаго числа геологовъ и изслѣдователей растительной физіологіи—«онъ стоялъ въ первомъ ряду, если не первымъ, и, помимо всего это-«го, онъ былъ великимъ хирургомъ.—Гёнтеръ работалъ въ одномъ «изъ обширнѣйшихъ госпиталей Лондона и въ теченіи многихъ лѣтъ «онъ имѣлъ въ своихъ рукахъ наилучшую хирургическую практику въ «городѣ [2]). На всѣхъ этихъ поприщахъ дѣятельности Гёнтеръ под-«визался съ большимъ усердіемъ, рвеніемъ, любовью и потому повсю-«ду оставлялъ по себѣ неразрушимые слѣды. Въ каждой изъ перечис-«ленныхъ выше наукъ онъ дѣлалъ открытія и совершенно оригиналь-«ныя: нѣтъ отрасли знанія, которой онъ не расширилъ бы далеко за «предѣлы, оставленные ему его предшественниками; въ его дѣятельно-«сти нѣтъ предмета, который онъ не освѣтилъ бы со всѣхъ сторонъ «и не исчерпалъ бы изъ него весь научный интересъ; онъ открывалъ «такіе факты и принципы, значеніе которыхъ невозможно ни перечи-«слить, ни оцѣнить».

«Во всѣхъ трудахъ Д. Гёнтера можно замѣтить одну отличитель-«ную черту его глубокаго ума, это—величіе и непоколебимость замыс-«ла, который приводился въ тѣсной гармоніи съ простотой и легкостью «выполненія. Въ иныхъ случаяхъ его задача состояла въ простомъ «сочетаніи фактовъ, собранныхъ изъ различныхъ источниковъ различ-«ными средствами и образовать изъ всего этого наипростѣйшій выводъ. «Если бы онъ былъ архитекторомъ, онъ воздвигъ бы коллосальную пира-

---

[1]) См. Sir J. Paget. *Hunterian oration* (The Lancet, 17/п 1877, стр. 288).

[2]) Извѣстно, что до 1774 г. Д. Гёнтеру частная практика доставляла не болѣе 1,000 ф. стерл. въ годъ; но впослѣдствіи эта статья дохода постепенно возвышалась, такъ что въ годъ его смерти она достигла до 6,000 ф. стерл. Тѣмъ не менѣе, его семья вынуждена была продать его библіотеку, этнографическую коллекцію, домашнюю обстановку и т. п., ибо Гёнтеръ всѣ заработки тратилъ на улучшеніе и расширеніе своего музея.

«миду, каждый камень которой носилъ бы свой собственный отпечатокъ.
«Гёнтеръ не слѣдовалъ никакой логикѣ, какъ наукѣ объ умозаключеніяхъ, но онъ пользовался своимъ умомъ, какъ природнымъ инстинктомъ. Онъ работалъ по мѣрѣ своихъ силъ, но безъ всякаго искусства.
«Онъ зналъ, что ничто не вліяетъ на убѣжденіе человѣка такъ глубоко, «какъ твердые факты, освѣщенные созерцательнымъ умомъ.

«Д. Гёнтеръ былъ не только великимъ наблюдателемъ, но и весьма проницательнымъ изслѣдователемъ. Я думаю, трудно найдти въ «массѣ фактовъ, сообщенныхъ Гёнтеромъ хотя бы одинъ, который «былъ бы ошибочно наблюдаемъ или истолкованъ. Если въ его трудахъ находятся ошибки, то эти послѣднія относятся къ умозаключеніямъ, но никакъ не къ самымъ фактамъ или наблюденіямъ. Замѣтимъ, «что онъ имѣлъ обыкновеніе выражаться весьма точно, однакоже, излагая свои выводы, онъ всегда употреблялъ выраженія не вполнѣ «опредѣленныя; какъ-то: «я полагаю», «я подозрѣваю», «я склоненъ «думать» и т. п.; но, сообщая фактъ, онъ передавалъ его безусловно. «Гёнтеръ всегда высказывалъ свои познанія на столько, на сколько «онъ приближался къ истинѣ; онъ никогда не предсказывалъ того, «чего онъ не видѣлъ или чего ясно не сознавалъ. Поэтому нерѣдко во «время чтеній лекцій онъ обращался къ слушателямъ съ подобными «словами. «Этого не записывайте, я *полагаю*, что въ будущемъ году «я измѣню свое мнѣніе объ этомъ вопросѣ».

«Эбернетси, который лично очень хорошо зналъ Д. Гёнтера, разсказываетъ: «Едва-ли можно теперь себѣ представить тѣ препятствія, «съ какими Гёнтеру приходилось встрѣчаться при изслѣдованіи нисшихъ животныхъ: онъ, бывало, цѣлыми часами оставался безъ всякаго «движенія (motionless), подобно статуѣ; вооружившись двумя голыми «пинцетами въ рукахъ, онъ умѣлъ расщеплять ткани до ихъ простѣйшихъ волоконъ. Касался ли вопросъ открытія новой ткани, или только разъясненія нѣкоторыхъ темныхъ сторонъ извѣстнаго факта— все «равно: терпѣніе, рачительность и увѣренность въ томъ, что онъ достигнетъ истины—были его единственными орудіями научныхъ изслѣдованій. Тѣмъ не менѣе, и при такихъ неусовершенствованныхъ «орудіяхъ, Гёнтеръ дѣлалъ громадныя открытія въ сравнительной «анатоміи».

«И такъ, какъ много поучительнаго для каждаго врача представляетъ намъ жизнеописаніе Д. Гёнтера. Правда, такіе геніи рождаются только вѣками, но, все-таки, изъ біографіи этого феномена

«видно, что для основательнаго изученія анатоміи, хирургіи и вообще «біологическихъ наукъ не столько нужны знанія классическихъ язы-«ковъ, сколько умѣніе наблюдать и мыслить логически. Сто слишкомъ «лѣтъ тому назадъ Д. Гёнтеръ своимъ примѣромъ доказалъ, что при-«ступать къ изученію медицинскихъ наукъ можно даже въ 30-лѣт-«немъ возрастѣ, и—не безъ успѣха для науки».

Главная же заслуга Д. Гёнтера заключается въ томъ, что онъ одинъ быстро поднялъ англійскую хирургію до того же научнаго уровня, на которомъ стояла тогда внутренняя медицина; другими словами, Гёнтеръ создалъ для хирургіи твердый научный фундаментъ—онъ поставилъ эту важную отрасль практической медицины на біологическую почву, на которой зиждется и по-нынѣ англійская хирургія. Вотъ почему, я полагаю, что Д. Гёнтера слѣдуетъ признать родоначальникомъ современнаго направленія англійскихъ школъ хирургіи.

Современный анатомъ Вальдейеръ [1]) (въ Берлинѣ) въ біографіи о Д. Гёнтерѣ говоритъ: «Онъ ввелъ въ практическую хирургію анато-«мію, физіологію и патологію, какъ твердыя основы врачебнаго ис-«кусства. Рядомъ съ анатоміею человѣка, онъ изучалъ сравнительную «анатомію, физіологію, эмбріологію, геологію, ботанику и эксперимен-«тальную патологію; основателемъ послѣдней несомнѣнно нужно счи-«тать Д. Гёнтера. Что же касается умѣнья наблюдать (Beobachtungs-«talent) естественно-историческіе процессы и явленія и выводить «ясныя и здравыя заключенія, то съ этими способностями Гёнтера «могутъ сравниться весьма немногіе».

Не смотря на то, что Д. Гёнтеръ допускалъ въ организмѣ животнаго существованіе какой-то особенной «жизненной силы»—«*жизнь есть родъ животнаго огня*» (the life is a sort of animal fire), тѣмъ не менѣе, онъ первый высказалъ ясно, что *кровь есть живая, организованная составная часть животнаго тѣла*. Кто знаетъ, съ какими трудностями дается прослѣдить гистологическіе процессы при помощи усовершенствованныхъ микроскоповъ, тотъ не можетъ не удивляться проницательности ума Гёнтера, читая его трактатъ: «О характерѣ крови, о воспаленіи и огнестрѣльныхъ ранахъ (On the nature of the blood, inflammation and gun-shot wounds), въ которомъ онъ доказываетъ, что *воспалительныя явленія зависятъ отъ реорганизаціи крови*. Эти и много другихъ фактовъ, какъ ученіе о твердомъ, или

[1]) См. *Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte* von Gurlt и August Hirsch, т. III. Wien und Leipzig, 1883, стр. 319.

Гёнтеровскомъ шанкрѣ, теорія происхожденія паховыхъ грыжъ у мужчинъ (gubernaculum Hunteri testiculi), о строеніи сѣменныхъ пузырьковъ (vesiculae seminales) и т. п. по-нынѣ твердо стоятъ въ наукѣ и тѣсно связаны съ именемъ Д. Гёнтера.

Изъ выдающихся трудовъ, изданныхъ въ свѣтъ подъ его именемъ, я могу указать на слѣдующіе:

1) «*Natural history of the human teeth explaining their stracture, use, formation, growth and diseases*» (Біологія зубовъ человѣка, указывающая ихъ строеніе, назначеніе, образованіе, ростъ и болѣзни). London, т. I, 1771 г., т. II, 1778.

2) «*On the venereal disease*» (О венерическихъ болѣзняхъ). London 1786.

3) «*Observations on certain parts of the animal economy*» (Наблюденія надъ нѣкоторыми сторонами животной экономіи). London 1787.

4) «*Observations on the diseases of the army in Jamaica and on the best means of preserving the health of Europeans*» (Наблюденія надъ болѣзнями войска въ Ямайкѣ и о лучшихъ средствахъ предохранить здоровье Европейцевъ). London 1788.

5) «*On the nature of the blood, inflammation and gun-shot wounds*» (О характерѣ крови, воспаленія и огнестрѣльныхъ ранахъ)—посмертное сочиненіе, изданное его ученикомъ Эв. Гомомъ въ 1794 году. London.

Названія другихъ трудовъ Д. Гёнтера, опубликованныхъ большею частью въ «Philosophical Transactions», я приводилъ выше.

Литературные источники:

1) Everard Home. *An account of the life of John Hunter,* London 1794.

2) Jesse Foot. *The life of John Hunter.* London 1817.

3) Adams. *Memoirs of the life and doctrines of the late John Hunter.* London 1817.

4) Ottley. *The works of John Hunter.* London 1835 и 1838.

5) Gross. *John Hunter.* Philadelphia 1881.

6) James Paget. *Hunterian oration* (the «Lancet», 17/II, 1877).

7) Waldeyer. *Biographisches Lexicon der hervorragengen Aerzte aller Zeiten und Völker,* изданіе Гурльта и Гирша, т. III, стр. 318.

8) Bettany. *Eminent doctors, their lives and their works.* London, 2-ое изданіе, т. I, стр. 133.

9) Clement Lucas. *The Hunterian oration of the life-work of John Hunter and his influence on surgery* (см. «Lancet», 1888, 18/II).

ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

Шотландскія школы.

ГЛАВА XVII.

Эдинбургскій университетъ и медицинскія школы въ Шотландіи.— Возникновеніе Эдинбургскаго университета.—Александръ Монро (*primus*)—основатель медицинскаго факультета въ Эдинбургѣ. — Число студентовъ-медиковъ въ Эдинбургскомъ университетѣ. — Нѣкоторыя числовыя данныя о богатствѣ этого учрежденія и сочувствіи шотландской націи къ задачамъ этой высшей школы.—Основныя традиціи Эдинбургскаго университета; самобытное управленіе его; академическій сенатъ; университетскій совѣтъ; совѣтъ попечителей; канцлеръ и ректоръ университета.—Профессорскій гонораръ на медицинскомъ факультетѣ.—Первый составъ преподавателей медицинскаго факультета и значеніе кафедры анатоміи въ началѣ текущаго столѣтія.—Первая клиническая больница, воздвигнутая иждивеніемъ частныхъ лицъ г. Эдинбурга.—Внутреннее устройство «Новой Королевской больницы» (The new Royal Infirmary) и планъ этого зданія.—Три ученыя степени медицинскаго факультета Эдинбургскаго университета: *бакалавръ* по медицинѣ, *магистръ* хирургіи и *докторъ* медицины.—Ученое званіе—«*общественный санитаръ*» (medical officer of public health).—Порядокъ преподаванія и взиманіе платы за обученіе на медицинскомъ факультетѣ Эдинбургскаго университета.—Школа «практическихъ врачей» (extramural School of Medicine) въ Эдинбургѣ.—Нѣкоторыя историческія свѣдѣнія объ этой эмпирической школѣ медицины. — «Королевскія Коллегіи Медиковъ и Хирурговъ» въ Шотландіи. — Бытъ Эдинбургскаго студенчества; различныя ученыя и бытовыя корпораціи послѣдняго.—Литературные источники.

Медицинскія школы Шотландіи представляютъ собою столь много своеобразнаго и отличнаго отъ англійскихъ школъ, что для уясненія нѣкоторыхъ вопросовъ, мнѣ кажется, читателю необходимо оглянуться назадъ на нѣсколько вѣковъ. Я хочу сказать, что въ исторіи разви- Возникновеніе Эдинбургскаго университета.

тія лучшей Шотландской школы—медицинскаго факультета Эдинбургскаго университета, играющаго роль разсадника профессоровъ по медицинѣ для всего Соединеннаго Королевства Великобританіи — слѣдуетъ искать причины столь быстраго и прочнаго процвѣтанія медицинскихъ наукъ въ Шотландіи.

Въ этомъ небольшомъ королевствѣ существуютъ 4 университета: университетъ *Ст. Андрюсъ* (основанный въ 1412 г.), *Глазговскій* — (въ 1450), *Эбердинскій* (въ 1494) и *Эдинбургскій* — (въ 1584).—Всѣ эти университеты имѣютъ медицинскіе факультеты, изъ нихъ самый богатый — Эдинбургскій.—Интересно замѣтить, что Эдинбургскій университетъ созданъ былъ при королѣ Яковѣ VI въ видѣ «Городской Коллегіи» (the Town's College), въ составъ которой входило ограниченное число (80—90) учениковъ (scholares), посвятившихъ себя изученію высшихъ наукъ, и ихъ учителя (tutors) или профессора; всѣ эти лица составляли одну семью, жившую въ одномъ общемъ зданіи, такъ назыв. «Hamilton house». Эта коллегія, какъ по своему внутреннему быту, такъ и по своимъ задачамъ, походила на средневѣковой университетъ, пользовавшійся своими правами и преимуществами. Такъ, между прочимъ, эта коллегія выдавала дипломъ на высшую ученую степень «магистра наукъ» (master of arts), для полученія которой требовались знанія не только греческой и латинской словесностей, но и по *описательной анатоміи*, которая ставилась рядомъ съ практическою астрономіею и космографіею [1]).

Однакоже, трудно допустить, чтобы триста лѣтъ тому назадъ въ университетахъ анатомія человѣка преподавалась практически. Да вообще, читая исторію Эдинбургскаго университета, мы встрѣчаемъ слѣдующій фактъ: «въ 1699 году д-ръ Питкэрнъ (Pitcairn) совмѣстно съ Александромъ Монтейсзомъ (Monteith)—членомъ корпораціи хирурговъ—обратились въ Городской Совѣтъ съ петиціей—разрѣшить имъ вскрывать мертвыя тѣла тѣхъ бѣдныхъ людей, которые умираютъ въ «Paul's Work и остаются непогребенными» [2]).—Отсюда видно, что еще въ концѣ XVII столѣтія вскрытіе мертваго тѣла считалось предосудительнымъ дѣломъ даже въ свободной странѣ Шотландіи; стало быть, о систематическомъ преподаваніи медицинскихъ наукъ въ «Эдин-

---

[1]) Sir A. Grant. *The story of the University of Edinburgh.* London 1884, 2 тома.

[2]) *Edinburgh Medical School Calender and Guide to Students,* 1885 — 86, Edinburgh, стр. 28.

бургской Городской Коллегіи» не могло быть и рѣчи.—Достовѣрно, что первая кафедра анатоміи при Эдинбургскомъ университетѣ была открыта въ 1705, и первое время трупы доставлялись гробарщиками, похищавшими ихъ изъ могилъ.

А. Монро— основатель медицинскаго факультета въ Эдинбургѣ.

Только въ 1720 году хирургъ Александръ Монро «*primus*» (A. Monro) принялъ кафедру анатоміи и съумѣлъ ее поставить на соотвѣтственную почву.—Любопытно, что съ 1720 по 1846 годъ читали лекціи по анатоміи только профессора изъ семейства Монро: сперва сынъ, а потомъ внукъ Александра Монро, о геніальныхъ способностяхъ котораго всѣ историки Эдинбургскаго университета отзываются самымъ восторженнымъ образомъ. — Поэтому 1720 годъ шотландцы считаютъ годомъ основанія медицинскаго факультета при Эдинбургскомъ университетѣ. — Въ теченіи полутора вѣковъ эта медицинская школа не только создала длинный рядъ научныхъ свѣтилъ, какъ: Чарльзъ Бэль, Ферьюссонъ, Листонъ, Симпсонъ, Листеръ и друг., но съумѣла подняться выше уровня другихъ медицинскихъ школъ не только Англіи, но и многихъ континента Европы.

Число студентовъ-медиковъ въ Эдинбургскомъ университетѣ.

Число учащихся въ Эдинбургскомъ университетѣ ростетъ въ неимовѣрной прогрессіи: такъ, въ 1868 году въ немъ числилось 1565 человѣкъ, а въ 1883 году—3341, въ томъ числѣ: студентовъ *естествознанія* (students of arts) 1023, — *медицины* 1732, *правъ* — 489 и *богословія* 97; слѣдовательно, наибольшая половина слушателей составляютъ студенты-медики [1]).

Нѣкоторыя числовыя данныя о богатствѣ этого учрежденія.

Нашъ соотечественникъ, профессоръ Мартенсъ [2]) приводитъ весьма интересныя данныя относительно устройства новаго зданія для клиникъ и анатомическаго театра при Эдинбургскомъ университетѣ. «Въ 1874 году», говоритъ Мартенсъ, «былъ учрежденъ комитетъ изъ лицъ, заинтересовавшихся этимъ дѣломъ, для собиранія пожертвованій на постройку совершенно новаго зданія для одного медицинскаго факультета. Въ продолженіи девяти лѣтъ этотъ комитетъ собралъ 100,483 фунтовъ стерлинговъ, къ чему правительство прибавило еще 80,000 ф. ст. и, такимъ образомъ, была собрана въ такое короткое время сумма въ 180,483 ф. стерл. Но когда монументальное зданіе было уже почти

---

¹) Sir Grant. *The story of the University of Edinburgh*. Vol II, стр. 492.

²) Ф. Мартенсъ. *Эдинбургскій университетъ и трехсотлѣтній его юбилей*. Историко - культурный очеркъ. (См. «Вѣстникъ Европы» 1884, сентябрь, стр. 139).

готово въ 1883 году, оказалось, что необходимо еще около 30,000 ф. ст. для образцеваго устройства. Въ течепіи трехъ мѣсяцевъ была собрана почти вся эта сумма, т. е., 28901 ф. стерл.—Такимъ образомъ, па такъ называемыя «Новыя Зданія» (New buildings) медицинскаго факультета было пожертвовано не болѣе и не менѣе какъ громадная сумма въ 2.093,840 руб. (по курсу). Кромѣ того, въ теченіи послѣднихъ двадцати лѣтъ Эдинбургскій университетъ обогатился слѣдующими пожертвованіями:

па стипендіи студентовъ.	142,000 ф. ст.
» » окончившимъ съ отличіемъ .	90,000 » »
» учрежденіе новыхъ профессуръ . . .	58,000 » »
» увеличеніе жалов. профессорамъ . .	18,000 » »
» постройку новыхъ зданій.	130,000 » »
» разныя другія надобности	14,000 » »
Всего .	452,000 ф. ст.

Слѣдовательно, Эдинбургскій университетъ получилъ за 20 лѣтъ свыше четырехъ съ половиною милліоновъ рублей на свои надобности отъ частныхъ лицъ.

Читая эти факты, невольно рождается вопросъ: чѣмъ объяснить такую притягательную силу Эдинбургскаго университета и необыкновенную любовь шотландскаго народа къ этому разсаднику высшихъ наукъ и практическихъ знаній?

Основныя традиціи Эдинбургскаго университета.

Лордъ-канцлеръ названнаго университета, мистеръ Инглисъ (Inglis) въ 1884 году, на торжественномъ собраніи гостей, чествовавшихъ 300-лѣтній юбилей Эдинбургскаго университета, между прочимъ, остановилъ вниманіе слушателей на этомъ многознаменательномъ явленіи и указалъ, какъ на прямыя причины, способствующія процвѣтанію университета, на слѣдующія традиціи: 1) всѣ окончившіе свое университетское образованіе въ Эдинбургѣ не прерываютъ ни своихъ обязанностей къ университету, ни пользованія своихъ академическихъ привиллегій. Другими словами, всѣ бывшіе въ университетѣ продолжаютъ принимать участіе въ судьбахъ его и вліять на условія его развитія и процвѣтанія. 2) Двери Эдинбургскаго университета открыты для всѣхъ классовъ, исповѣданій и странъ, безъ всякаго различія. *Единственное условіе*, которое ставится для вступленія въ университетъ,—*здоровая жажда знаній.* 3) Независимое самоуправленіе (the independent self-goverпement).

На основаніи университетскаго устава 1858 г., Эдинбургскій университетъ управляется ближайшимъ образомъ *«академическимъ сенатомъ»* (Senatus Academicus), который завѣдываетъ какъ финансовыми, такъ и учебно-образовательными дѣлами, какъ-то: онъ избираетъ профессоровъ, открываетъ новыя кафедры, утверждаетъ въ ученыхъ степеняхъ, взыскиваетъ за нарушеніе университетскихъ правилъ и т. п. Однакоже, этотъ академическій сенатъ не есть безконтрольное учрежденіе: надъ нимъ стоитъ такъ назыв. *«университетскій совѣтъ»* (the University Court), состоящій изъ восьми членовъ: двухъ представляетъ «академическій сенатъ», двухъ — городской совѣтъ, двухъ—общее собраніе бывшихъ воспитанниковъ Эдинбургскаго университета или удостоенныхъ ученыхъ степеней послѣдняго, и двухъ членовъ представляетъ корпорація студентовъ.

Самобытное управленіе его; академическій сенатъ; университетскій совѣтъ;

Англійское правительство, вполнѣ справедливо требовало, чтобы «университетскій совѣтъ» состоялъ не изъ однихъ только профессоровъ, въ виду того, что между ними часто происходятъ интриги, которымъ нерѣдко приносятся въ жертву высшіе интересы науки и университета.

Наконецъ, послѣднею административною инстанціею Эдинбургскаго университета является такъ назыв. *«совѣтъ попечителей»* (the Court of Curators), въ которомъ засѣдаютъ четыре члена, назначенные городскимъ совѣтомъ и трое, назначенные университетскимъ совѣтомъ.—Главная роль этого «совѣта попечителей» — назначеніе принципала для университета; должность эта соотвѣтствуетъ нашему ректорству по уставу 1863 года и обыкновенно предоставляется одному изъ профессоровъ университета.

совѣтъ попечителей;

Кромѣ этихъ активныхъ должностныхъ лицъ, принимающихъ участіе въ управленіи дѣлами университета, существуютъ еще двѣ весьма почетныя должности: *канцлера* и *ректора*. Канцлеръ университета есть первое лицо въ университетской іерархіи: предъ нимъ носится скипетръ университетскій на всѣхъ торжествахъ университета. Онъ выбирается *«общимъ совѣтомъ»* (General Council), членами котораго являются всѣ лица, удостоенныя Эдинбургскимъ университетомъ какой-либо ученой степени. — Почетная должность канцлера есть ничто иное, какъ выраженіе связи между *бывшими* воспитанниками университета и ихъ alma mater, тогда какъ ректоръ, избираемый студентами университета на три года, является лицомъ, согласующимъ интересы *настоящаго* студенчества съ требованіями университетскаго

Канцлеръ и ректоръ.

статута. Ректоръ, или его замѣститель, состоитъ предсѣдателемъ «университетскаго совѣта». Обыкновенно, на эту весьма почетную должность выбирается кто-либо изъ извѣстныхъ общественныхъ дѣятелей, какъ, напримѣръ, первымъ ректоромъ на два трехлѣтія былъ избранъ Гладстонъ; въ 1874 г.—графъ Дерби; въ 1880 г.—графъ Розбери, а въ 1884 г. ректоромъ Эдинбургскаго университета считался Стаффордъ Норскотъ—членъ англійскаго парламента.

Итакъ, особенныя университетскія традиціи, выработанныя въ теченіи трехъ вѣковъ научной и образовательной жизни шотландскаго народа, создали совершенно своебразную alma mater, подобную которой трудно указать гдѣ либо на континентѣ Европы.—Мнѣ, какъ медику, весьма пріятно сообщить своимъ товарищамъ, что въ Эдинбургскомъ университетѣ, какъ нигдѣ въ Европѣ, медицинскому факультету отведено самое почетное мѣсто въ этомъ общемъ храмѣ наукъ.—Здѣсь представителя той или другой отрасли медицинскихъ наукъ почитаютъ такимъ же ученымъ, какъ всякаго филолога, юриста или богослова. И слѣдуетъ сознаться, что профессора медицинскаго факультета съ достоинствомъ носятъ свое ученое званіе: они всецѣло посвящаютъ свое время научнымъ наблюденіямъ или преподавательской дѣятельности.

Профессорскій гонораръ.

Далѣе, даже профессорскій гонораръ, взимаемый со студентовъ за слушаніе лекцій, ученая коллегія распредѣляетъ сообразно возможности пріобрѣтенія денежной практики. Такъ, напримѣръ, профессоръ анатоміи имѣетъ ежегоднаго дохода 34000 руб., — физіологіи — около 21000 руб., проф. хирургической клиники—12000 руб. и т. п.—Вообще же профессорскій гонораръ вполнѣ обезпечиваетъ преподавателя Эдинбургскаго университета, поэтому даже клиницисты неохотно занимаются частною врачебною практикою; среднимъ числомъ профессоръ-непрактикъ получаетъ около 22000 руб. въ годъ, а профессоръ-практикъ—около 14600 руб. [1]).

Первый составъ преподавателей медицинскаго факультета.

Изъ исторіи Эдинбургскаго университета видно, что *медицинскій факультетъ*, какъ таковой, въ формѣ ученой корпораціи профессоровъ по медицинѣ, образовался только въ 1827 [2]). Первыми членами факультета были: Д-ръ Плёммеръ (Plummer), читавшій фармацевтическую химію, д-ръ Иннсъ (Innes)—профессоръ по терапіи (physic), д-ръ Рёсзерфордъ (Rutherford), преподававшій знаменитые Бургав-

---

[1]) The Lancet» 1886, 10/IV.

[2]) Sir A. Grant. The story of the University ... т. I, стр. 315.

скіе «*Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis*» и д-ръ Синклэръ (Sinclair) — профессоръ по теоріи медицины (the theory of Medicine).—Само собою разумѣется, что *диллетантизмъ* по всѣмъ вышеупомянутымъ кафедрамъ игралъ преобладающую роль; однакожс, уже въ то время практическая анатомія составляла единственный живой предметъ, который преподавался раціонально. Такъ, историки гласятъ [1]), что Александръ Монро *primus* (1720—1758), котораго нужно считать «отцемъ Эдинбургской Медицинской Школы» (father of the Edinburgh Medical School), «читалъ систематическій курсъ по анато«міи и хирургіи и иллюстрировалъ свои лекціи анатомическими препа«ратами человѣческаго тѣла, различныхъ четвероногихъ животныхъ, «птицъ и рыбъ. При описаніи анатомическаго строенія извѣстной обла«сти, онъ указывалъ, между прочимъ, и на патологическіе процессы, «наблюдающіеся въ данной области, и особенно часто онъ останавли«вался на тѣхъ болѣзняхъ, которыя требовали оперативной помощи. «Далѣе, Александръ Монро на своихъ лекціяхъ производилъ опе«раціи на трупѣ и демонстрировалъ слушателямъ различные способы «наложенія повязокъ и хирургическихъ снарядовъ».—Слѣдовательно, прикладная анатомія, какъ наука, легла въ основаніе всего медицинскаго образованія съ самаго начала развитія Эдинбургской медицинской школы.

Значеніе кафедры анатоміи.

Но и дальнѣйшая исторія развитія медицинскаго факультета представляетъ не мало интересныхъ фактовъ. Въ началѣ XVIII вѣка въ Эдинбургѣ жилъ нѣкій Джоржъ Дрёммондъ (1715—1766), который, будучи лордъ-провостомъ (городскимъ головою) Шотландской столицы, всѣми мѣрами стремился осуществить идеи Джона Монро (молодаго профессора) создать въ Эдинбургѣ «Медицинскую Семинарію», т. е., воздвигнуть большую общественную больницу, которая служила бы пріютомъ для страждущаго люда и въ тоже время имѣла бы значеніе практической школы для изученія медицины. Въ 1725 г., лордъ-провостъ города—Дрёммондъ разослалъ знатнымъ гражданамъ города подписные листы для сбора пожертвованій на вышеупомянутое учрежденіе. Интересно замѣтить, что къ этому воззванію особенно сочувственно отнеслось «Шотландское Общество рыбаковъ» (Scotish Fishery Company), такъ что по истеченіи 13 лѣтъ въ «Коллегіи Медиковъ» собралась на столько значительная сумма денегъ, что городъ

Первая клиническая больница, воздвигнутая иждивеніемъ частныхъ лицъ.

[1]) Prof. Struthers. *Sketch of the Edinburgh Anatomical School*, стр. 15.

могъ приступить къ осуществленію своей завѣтной идеи. Въ 1738 г. въ Эдинбургѣ былъ положенъ первый камень громаднаго больничнаго зданія, названнаго «*Royal Infirmary of Edinburgh*», въ постройкѣ котораго принимали непосредственное участіе всѣ сословія города: профессоръ Джонъ Монро и Дреммондъ составляли «строительный комитетъ» (building commitee), и они собственноручно расплачивались съ работниками; домовладѣльцы доставляли камень, купцы—строевой лѣсъ; фермеры присылали свои повозки для доставки матеріаловъ; даже простой рабочій людъ приносилъ свою лепту: каменьщики и прочіе мастеровые *безплатно* работали по одному дню въ мѣсяцъ. Такимъ образомъ, общими усиліями всѣхъ гражданъ города создался превосходный народный памятникъ, предназначенный служить интересамъ народа и наукъ, или—убѣжищемъ для страждущихъ и школою для жаждущихъ изучить человѣческія страданія.

Не слѣдуетъ упускать изъ виду и то обстоятельство, что все сказанное имѣло мѣсто еще въ 1741 году, когда въ Эдинбургѣ всего числилось 30,000 жителей; тѣмъ не менѣе, такой бѣдный городъ соорудилъ образцевыя для того времени медицинскую школу и больницу на 228 кроватей. Много позднѣе, въ 1884 году, освящено вновь построенное великолѣпное зданіе для медицинскаго факультета (the new buildings), въ которомъ имѣются всѣ новѣйшія приспособленія для лучшаго изученія медицинскихъ наукъ. Проф. Мартенсъ [1]) разсказываетъ, что въ день празднованія 300-лѣтняго юбилея Эдинбургскаго университета *въ одномъ анатомическомъ* (секціонномъ) *залѣ этого новаго зданія свободно сидѣло за завтракомъ 650 человѣкъ!*

Внутреннее устройство «Новой Королевской больницы».

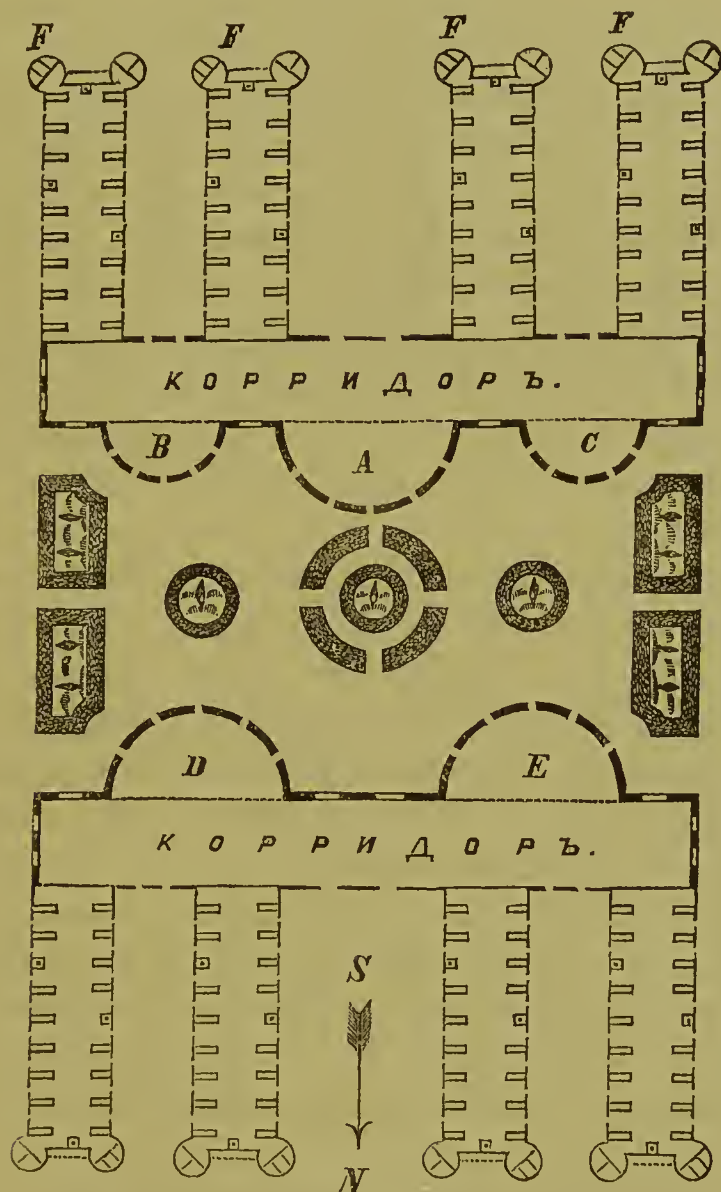
«Новая Королевская больница» (the new Edinburgh Royal Infirmary) построена почти исключительно на частныя пожертвованія; одни лишь зданія съ инвентаремъ обошлись около 3.000,000 руб. (по курсу). Она построена по типу отдѣльныхъ каменныхъ павильоновъ, которые весьма живописно группируются на холмѣ вокругъ центральнаго роскошнаго зданія—такъ называемаго «Watson's hospital»—превращеннаго въ домъ для жилья сестеръ милосердія и нѣкоторыхъ студентовъ-медиковъ.—Все зданіе занимаетъ пространство въ 12 акровъ земли. Администрація больницы помѣщается въ другомъ центральномъ зданіи, имѣющемъ высокую башню съ колоколомъ. Больничныхъ павильоновъ десять: 4—для терапевтическихъ и 6—для хирургическихъ больныхъ;

---

[1]) l. c., стр. 138.

продольный діаметръ ихъ имѣетъ направленіе съ сѣвера на югъ; они сообщаются между собою посредствомъ наружныхъ корридоровъ (см. рис. 70), расположенныхъ только въ нижнемъ этажѣ, за исключеніемъ

Рис. 70.



Планъ больницы «*Royal Infirmary*» въ Эдинбургѣ.

хирургическаго отдѣленія, въ которомъ корридоръ имѣется и во второмъ этажѣ. Въ каждомъ павильонѣ три этажа, кромѣ подвальнаго помѣщенія; палата на 21 койку имѣетъ 111 футовъ въ длину, 28 футовъ въ ширину и 15 ф. вышины, такъ что въ среднемъ на одного больнаго приходится 2,200 куб. футовъ свободнаго воздуха. Стѣны въ палатахъ цементированы и выкрашены свѣтлою масляною краскою;

полы покрываются желтою мастикою. Окна отстоятъ на два фута отъ пола и достигаютъ почти до потолка; нижняя половина окна подвижная и можетъ быть фиксирована на любой высотѣ отъ подоконника. Кромѣ этого обыкновеннаго приспособленія для провѣтриванія больничныхъ палатъ, примѣняется еще особенный способъ вентилированія подпольнаго воздуха посредствомъ системы трубъ, проходящихъ вдоль палатъ и выведенныхъ въ башни павильона (см. *F*, *F*, *F*.... рис. 70); въ каждой больничной палатѣ устроены три широкихъ камина (см. *k*, *k*, *k*, рис. 73), служащихъ для отопленія и постояннаго вентилированія больничнаго воздуха. Благодаря этимъ мѣрамъ, воздухъ въ этихъ, хотя многолюдныхъ, но и обширныхъ помѣщеніяхъ дѣйствительно не оставляетъ желать ничего лучшаго.

Вблизи каждой большой палаты въ томъ же павильонѣ имѣются: небольшая комната для двухъ коекъ, комната для выздоравливающихъ (convalescent room), особенная ванная, уборная, кабинетъ для ординатора, помѣщеніе для сестры милосердія и тому подобныя приспособленія.

Въ хирургическомъ отдѣленіи Royal Infirmary находятся три амфитеатра для чтенія лекціи, изъ нихъ средняя (см. *A*, рис. 70) аудиторія свободно вмѣщаетъ къ себѣ до 800 студентовъ. Для клиническаго преподаванія хирургіи въ этой больницѣ имѣются 295 коекъ, находящихся въ завѣдываніи четырехъ клиницистовъ по хирургіи, именно проф. Анэнделя (Annandale), Чійна (Chiene), Дёнкана (Duncan) и доцента—Джозефа Бэля (Joseph Bell).

Три ученыя степени медицинскаго факультета.

Но прежде, чѣмъ введу читателя въ одну изъ указанныхъ аудиторій или клиникъ, я желалъ бы познакомить его съ особенностями медицинскаго факультета Эдинбургскаго университета. Съ этою цѣлью я приведу здѣсь нѣкоторыя выдержки изъ «статутовъ» (Statutes of the University of Edinburgh relative to graduation in Medicine and Surgery) названнаго учрежденія Шотландіи.

1) Эдинбургскій университетъ утверждаетъ врачей въ трехъ ученыхъ степеняхъ (three Medical Degrees): а) *бакалавръ* по медицинѣ (bachelor of medicine (M. B.); б) *магистръ* по хирургіи (master in Surgery) (C. M) и в) *докторъ* (Doctor of medicine) (M. D.). Степени «магистръ по хирургіи» не дается врачу, не представившему диплома на званіе «бакалавра по медицинѣ».

2) Для полученія одной изъ первыхъ двухъ ученыхъ степеней отъ кандидата требуется представить свидѣтельства въ томъ, что онъ изу-

чалъ медицину и хирургію въ какой либо специальной школѣ Великобританіи не менѣе четырехъ академическихъ лѣтъ, причемъ учебнымъ годомъ (*annus medicus*)) считается время, въ теченіи котораго пройдено два курса по 100 лекцій и одинъ курсъ по 50 лекцій въ каждомъ курсѣ, кромѣ клиническихъ курсовъ, которые читаются не менѣе двухъ разъ въ недѣлю въ теченіи двухъ семестровъ.

3) Каждый кандидатъ на званіе бакалавра по медицинѣ или магистра по хирургіи обязанъ представить свидѣтельство въ знаніи слѣдующихъ предметовъ: анатоміи, химіи, фармакологіи, физіологіи, общей патологіи, практической медицины (т. е., терапіи внутреннихъ болѣзней), хирургіи, акушерства, гинекологіи и педіатріи. Далѣе, необходимо имѣть оправдательные документы въ томъ, что кандидатъ шесть мѣсяцевъ занимался въ акушерской клиникѣ или родильномъ домѣ; два семестра проводилъ въ клиникахъ для практическаго изученія внутренней медицины и хирургіи; не менѣе учебнаго года (или 100 лекцій) занимался подъ наблюденіемъ опытнаго руководителя анатомированіемъ человѣческаго тѣла; три мѣсяца изучалъ практическую химію; наконецъ, трехмѣсячные курсы по ботаникѣ, зоологіи и судебной медицинѣ.

4) Степень *доктора медицины* (M. D.) дается только кандидату, имѣющему уже званіе «бакалавра» или «магистра» и не менѣе 24-хъ лѣтъ отъ роду. Кромѣ того, отъ него требуется свидѣтельство въ томъ, что онъ—по полученіи одного изъ ученыхъ званій, не менѣе двухъ лѣтъ работалъ либо въ больницѣ, либо находился на службѣ въ арміи или во флотѣ, либо же занимался врачебной практикой по терапіи или хирургіи. Для полученія ученой степени «M. D.», кандидатъ обязанъ представить факультету диссертацію (Thesis) или научное изслѣдованіе по какой либо отрасли знаній изъ тѣхъ предметовъ, которые были имъ изучаемы до полученія званія «бакалавра» или «магистра». Эта диссертація представляется декану факультета не позже 30-го апрѣля того года, въ которомъ кандидатъ добивается получить степень доктора медицины. Содержаніемъ для подобной научной работы могутъ служить результаты личныхъ наблюденій по практической медицинѣ, хирургіи, или акушерства или какой либо теоретическій вопросъ по одному изъ подготовительныхъ предметовъ, входящихъ въ обязательный курсъ наукъ медицинскаго факультета.

5) Экзаменаторами кандидатовъ всѣхъ трехъ ученыхъ степеней могутъ быть только профессора медицинскаго факультета при участіи 13

другихъ врачей, хотя не состоящихъ профессорами факультета, но выбираемыхъ ежегодно университетскимъ совѣтомъ.

Ученое званіе — «общественный санитаръ».

Вышеуказанныя три ученыя степени вполнѣ удовлетворяли требованіямъ общественной жизни шотландцевъ до тѣхъ поръ, пока ученіе объ «общественномъ здравіи» (public health) не развилось до того широко, что со стороны общества появились запросы на особенныхъ спеціалистовъ по санитаріи. Въ виду этого Эдинбургскій университетъ призналъ нужнымъ учредить еще одну ученую степень—*«общественнаго санитара»* (Medical Officer of public health). Для полученія этого званія отъ кандидата требуется свидѣтельство въ прохожденіи полнаго курса медицинскихъ наукъ въ одномъ изъ британскихъ университетовъ, признанныхъ Эдинбургскимъ университетскимъ совѣтомъ равнозначущими врачебно-образовательными учрежденіями. Кромѣ того, кандидатъ обязанъ матрикулироваться на одинъ годъ (annus medicus) въ Эдинбургскомъ университетѣ и дважды подвергаться испытанію. При *первомъ испытаніи* онъ сдаетъ экзаменъ по слѣдующимъ предметамъ: а) *по химіи*: качественный анализъ, анализъ воздуха, опредѣленіе нечистотъ въ атмосферѣ, анализъ воды для домашняго употребленія (for domestic use) и способы опредѣленія въ ней минеральныхъ и органическихъ веществъ; химическое и микроскопическое опредѣленіе подмѣсей въ пищевыхъ веществахъ и москательныхъ товарахъ; изслѣдованіе ядовъ; наконецъ, практическое испытаніе въ производствѣ двухъ аналитическихъ изслѣдованій; б) *по физикѣ:* основы опытной физики, метеорологія и способы метеорологическихъ наблюденій. Замѣтимъ еще, что устный экзаменъ и демонстративное испытаніе по лабораторнымъ вопросамъ производятся нѣсколько дней спустя послѣ письменныхъ отвѣтовъ по вышеприведеннымъ предметамъ.

При *второмъ испытаніи* кандидатъ экзаменуется: а) *по медицинѣ*—причины, характеръ и распространеніе эпидемій и заразныхъ болѣзней; предупредительныя мѣры противъ зараженія и распространенія эпидемій; эндемическія болѣзни и географическое распространеніе послѣднихъ; промышленности, вредно вліяющія на здоровье; эпизоотіи; б) по *практической санитаріи*—способы водоснабженія и дренажированія городовъ; качество и пригодность матеріаловъ; вредныя жилища и общественныя зданія; способы устройства водосточныхъ каналовъ и другія средства удаленія нечистотъ; устройства кладбищъ, карантиновъ; способы дезинфекціи и обезвониванія отхожихъ мѣстъ; устройство постоянныхъ или временныхъ госпиталей; в) по *законо-*

ѣдѣнію и *статистикѣ:* знаніе законоположеній по медицинской полиціи, способы вычисленія прироста населенія, рождаемости, браковъ и смертности; г) по *черченію* и *рисованію:* планы и разрѣзы общественныхъ и частныхъ построекъ, водоснабженій и водосточныхъ каналовъ. При этихъ экзаменахъ отъ кандидата требуется начертить планы по предложеннымъ моделямъ различныхъ сооруженій. Врачи, удовлетворившіе всѣмъ вышеуказаннымъ требованіямъ, получаютъ званіе «*бакалавра по санитаріи*»; а эти послѣдніе, представившіе еще какой-либо научный трудъ по избранной ими спеціальности, получаютъ званіе «*доктора по санитаріи*» (Doctor of Science in the departement of public health).

Въ виду особеннаго интереса, вызваннаго III-мъ съѣздомъ русскихъ врачей въ Петербургѣ въ 1889 г.—вопросомъ о необходимости измѣнить у насъ въ Россіи программы требованій экзаменовъ на званіе доктора медицины, я позволилъ себѣ уклониться въ сторону отъ своего прямаго пути и привести здѣсь программу спеціализированія различныхъ дѣятелей по врачебновѣденію, практикующуюся въ Шотландіи. Изъ этого краткаго очерка университетскаго статута читатель могъ убѣдиться, что Эдинбургскій медицинскій факультетъ прежде всего требуетъ отъ каждаго специалиста общеврачебнаго образованія, т. е., званія бакалавра по медицинѣ, равнозначущаго нашему званію «лекарь»; далѣе, Эдинбургскій медицинскій факультетъ вмѣняетъ въ обязанность каждому кандидату не приступать къ экзамену на высшую ученую степень (докторъ медицины, магистръ хирургіи или докторъ по санитаріи), пока онъ два года не поработаетъ практически по той или другой области врачебновѣденія; наконецъ, раздѣленіе всѣхъ врачебныхъ дѣятелей на три главныя спеціальности: —по тераніи, хирургіи и общественной медицинѣ—вполнѣ удовлетворяетъ современному развитію медицинскихъ наукъ. Я полагаю, что общая схема распредѣленія экзаменовъ на три ученыя степени, высказанная мною на III-мъ Съѣздѣ русскихъ врачей [1]), встрѣтитъ сочувствіе въ высшихъ административныхъ сферахъ и дастъ возможность русскимъ врачамъ осуществить свое *pium desiderium*.

Въ Шотландіи, какъ и въ Англіи, медицинское образованіе требуетъ большихъ денежныхъ затратъ со стороны студентовъ; послѣдніе не

Порядокъ преподаванія и взима-

¹) См. «Врачъ» № 2, 1889 г., стр. 53.

ніе платы за обученіе на медицинскомъ факультетѣ Эдинбургскаго университета.

только платятъ профессору за каждую лекцію, но еще вносятъ въ университетъ не малую сумму за право экзаменоваться, за полученіе диплома на то или другое званіе и т. п. Я позволю себѣ привести здѣсь общій списокъ наименьшихъ платежей въ теченіи всего курса медицинскихъ наукъ.

Таблица XXI, **указывающая порядокъ преподаванія предметовъ и взиманіе платы за право слушанія лекцій, сдачи экзаменовъ и полученія ученыхъ степеней въ Эдинбургскомъ университетѣ.**

		ф. стерл.	шил.
1-й лѣтній семестръ.	предварительный (вступительный) экзаменъ.	—	10
	матрикуляція.	—	10
	лекціи по ботаникѣ	4	4
	лекціи по естественной исторіи	4	4
	практическія упражненія по естествовѣдѣнію	2	2
		11 ф.	10 ш.
1-й зимній семестръ.	матрикуляція (за цѣлый годъ)	1	—
	теоретическія лекціи по анатоміи человѣка.	4	4
	практическія занятія въ препаровочной залѣ	3	3
	теоретическія лекціи по химіи	4	4
	посѣщеніе госпиталя (безсрочный билетъ) .	12	—
		24 ф.	11 ш.
2-й лѣтній семестръ.	за практическую химію.	3	3
	за экзамены по ботаникѣ, естествовѣдѣнію и химіи	5	5
		8 ф.	8 ш.
2-й зимній семестръ.	матрикуляція (за второй годъ)	1	—
	врачебныя учрежденія (Institutes of Medicine)	4	4
	за лекціи по теоретической хирургіи . . .	4	4
		9 ф.	8 ш.
3-й лѣтній семестръ.	практическій курсъ по фармаціи и фармакологіи	3	3
	практическій курсъ по физіологіи	3	3
	посѣщеніе госпиталя	—	—
		6 ф.	6 ш.

		ф. стерл.	шил.
3-й зимній семестръ.	матрикуляція (за третій годъ).	1	—
	за лекціи по фармакологіи.	4	4
	за лекціи по патологіи.	4	4
	за клиническую хирургію	4	4
	за посѣщеніе госпиталя	—	—
	за экзамены по анатоміи, физіологіи, фармакологіи и патологіи	5	5
		18 ф.	17 ш.
4-й лѣтній семестръ.	судебная медицина	4	4
	амбулаторія больныхъ	2	2
	госпитальныя и клиническія лекціи . . .	—	—
		6 ф.	6 ш.
4-й зимній семестръ.	матрикуляція (за четвертый годъ). . . .	1	—
	курсъ практической медицины (терапіи) . .	4	4
	акушерство (теоретическое)	4	4
	практическое акушерство	1	1
	клиническія лекціи	4	4
	курсъ лекцій о привив. оспы (vaccination) .	1	1
	амбулаторія больныхъ	2	2
	посѣщеніе госпиталя	—	—
		17 ф.	16 ш.

Въ теченіи пятаго лѣтняго семестра студенты обыкновенно сдаютъ экзамены на бакалавра по медицинѣ (M. B.) или на магистра по хирургіи (C. M.) и за такой экзаменъ кандидатъ вноситъ 10 ф. 10 ш.

Итого наименьшая плата за полный курсъ медицинскихъ наукъ и полученіе первой ученой степени достигаетъ суммы въ 123 ф. ст. и 12 шиллинговъ или 1,236 руб. (по курсу нашихъ денегъ). Если эту сумму распредѣлить на 4 учебныхъ года, то въ среднемъ получится взимаемая со студентовъ годовая плата равною почти 300 руб.—сумма, правда, далеко превосходящая плату нашихъ русскихъ студентовъ, но не въ примѣръ ниже расходовъ студентовъ, обучающихся въ англійскихъ школахъ или колледжахъ, гдѣ обученіе медицинѣ обходится почти 400 ф. стерл. (см. главу V, стр. 145).

Кромѣ того, съ экзаменующагося на званіе доктора медицины (M. D.)

или доктора санитаріи Эдинбургскій университетъ взимаетъ еще слѣдующіе налоги:

правительственная пошлина за званіе M. D. . .	10 ф. 0 ш.
матрикуляція	1 » — »
за выдачу диплома	5 » — 5
Итого . .	16 ф. 5 ш.

Если читатель вспомнитъ, что на медицинскомъ факультетѣ Эдинбургскаго университета числятся 1732 слушателя, изъ которыхъ каждый вноситъ профессорскаго гонорара не менѣе 250 руб. въ годъ, то получится весьма почтенная сумма въ 433.000 руб., которая распредѣляется между относительно небольшимъ числомъ штатныхъ преподавателей, которыхъ всего 18 человѣкъ, изъ нихъ 12—въ званіи профессора и 6—въ званіи доцента.—Вотъ почему въ Эдинбургскомъ университетѣ профессура вознаграждается такъ щедро, какъ нигдѣ въ Европѣ (см. выше стр. 502).

Школа «практическ. врачей» въ Эдинбургѣ.

Въ Эдинбургѣ, кромѣ медицинскаго факультета, находится еще Медицинская Школа (extramural School of Medicine), преподавателями которой могутъ быть только лица, которыя доказали университету свою преподавательскую способность, или такъ называемую, *licentiam docendi*. Эта школа имѣетъ цѣлью подготовлять для общества и государства *практическихъ врачей;* поэтому она подчинена, въ силу практическихъ традицій, постоянному контролю «Королевскаго Общества Хирурговъ». Однакоже, воспитанникамъ этой школы, при сдачѣ экзамена на ученую степень, Эдинбургскій университетъ засчитываетъ только нѣсколько семестровъ, тогда какъ Лондонскій университетъ засчитываетъ имъ всѣ 8 семестровъ.

Историческія свѣдѣнія объ эмпирической школѣ медицины въ Эдинбургѣ.

«*Эдинбургская Медицинская Школа*» основана была еще въ 1506 году при королѣ Яковѣ IV «Королевскимъ Обществомъ Хирурговъ» (Royal College of Surgeons) въ Эдинбургѣ [1]) и имѣла сначала назначеніе — обучать анатоміи и хирургіи корпорацію «малыхъ хирурговъ» или цырульниковъ (Incorparation of Surgeon-barbers). Но два столѣтія тому назадъ изъ учениковъ этой коллегіи выдѣлилась извѣстная партія болѣе способныхъ врачей, которая учредила настоящую школу медицины; такъ, уже въ 1697 году она имѣла особенный анатомическій театръ для преподаванія анатоміи, а нѣкоторые препода-

[1]) См. *Edinburgh Medical School Calender*. 1885—86. Edinburgh.

ватели ея носили тогда официальное званіе «профессоръ врачебнаго искусства» (professor of the medical arts). Позднѣе, въ 1705 г., членъ этой коллегіи—Робертъ Элліотъ (Robert Elliot)—былъ утвержденъ правительствомъ въ званіи профессора по анатоміи и попечителя музея. Проф. Элліотъ въ свое время обогатилъ науку своими анатомическими изслѣдованіями. Далѣе, въ 1720 г. «Королевская Коллегія Хирурговъ» избрала профессоромъ по анатоміи знаменитаго Александра Монро, которому Городской Совѣтъ продложилъ въ 1722 г. званіе несмѣняемаго профессора (permanent professor) Медицинскаго Факультета; тѣмъ не менѣе, Монро продолжалъ читать свои лекціи по анатоміи въ аудиторіи «Коллегіи Хирурговъ» до 1725 года.—Къ тому-же времени слѣдуетъ отнести дѣятельность знаменитаго терапевта Эндрью Ст. Клэръ, д-ровъ Рётсзерфорда, Иннеса и Плёммера; и всѣ эти лица сначала состояли преподавателями въ «Медицинской Школѣ», а затѣмъ, въ 20-хъ годахъ прошлаго столѣтія, вошли въ составъ первыхъ членовъ Медицинскаго Факультета. Кромѣ того, въ числѣ бывшихъ воспитанниковъ этой школы встрѣчаются имена такихъ свѣтлыхъ труженниковъ науки, какъ Джона Томсона (John Thomson)—извѣстнаго анатома (въ 1804 г.), Джона Тёрнера (John Turner) въ 1806 г., Джона Лизàра (Jonh Lizars) въ 1831 г. и Джемса Сайма (James Syme)—знаменитыхъ въ свое время хирурговъ.

Въ настоящее время Эдинбургская «Медицинская Школа» имѣетъ весьма солидныхъ преподавателей (teachers), избираемыхъ изъ членовъ «Королевскихъ Коллегіи Медиковъ или Хирурговъ»; но способъ преподаванія медицинскихъ наукъ и общій строй дѣятельности этого врачебнаго учрежденія придаютъ ему характеръ *средняго*, а не высшаго учебнаго заведенія; такъ, напримѣръ, усердіе преподавателей контролируется посредствомъ особыхъ книгъ (такъ назыв. roll-books of the teachers), куда вносится каждая читанная лекція, а посѣщеніе лекцій воспитанниками провѣряется перекличкой (такъ назыв. class-attendance) имѣющихся на лицо слушателей.

Не смотря на такія школьныя строгости, которыя, казалось-бы, должны трудно уживаться съ традиціями такой свободной молодежи, какъ шотландское студенчество, Эдинбургская «Медицинская школа», тѣмъ не менѣе, имѣетъ множество воспитанниковъ. Этому способствуетъ отчасти меньшая плата за право обученія, которая въ школѣ не превышаетъ 100 фунт. стерлинговъ или около 1000 руб. за всѣ восемь семестровъ.

Что же касается учебно-вспомогательныхъ пособій или клиникъ, то «Медицинская Школа» располагаетъ таковыми какъ и «Медицинскій Факультетъ».—Замѣтимъ еще, что нѣкоторыя палаты въ вышеописанной больницѣ «Royal Jnfirmary» находятся подъ вѣдѣніемъ клиническихъ преподавателей Медицинской Школы, рядомъ съ клиниками профессоровъ Медицинскаго Факультета; стало быть, и представители, и воспитанники различныхъ школъ медицины въ Шотландіи могутъ уживаться подъ одною кровлею, что у насъ въ Россіи, пожалуй, казалось-бы невозможнымъ или, по меньшей мѣрѣ, нежелательнымъ.

«Королевскія Коллегіи Медиковъ и Хирург.» въ Шотландіи.

Наконецъ, третью категорію врачебно-образовательныхъ учрежденій въ Шотландіи составляютъ: «*Королевская Коллегія Медиковъ*» въ Эдинбургѣ, «*Королевская Коллегія Хирурговъ*» въ Эдинбургѣ и «*Факультетъ Медиковъ и Хирурговъ въ Глазгоо*» (The Faculty of Physicians and Surgeons of Glasgow). Эти три шотландскія учрежденія пользуются общими английскими правами, указанными въ такъ назыв. «*Medical Act* 1858 г.» (см. Глава I); они имѣютъ право выдавать свидѣтельства кандидатамъ медицины, сдавшимъ *первый экзаменъ* — по подготовительнымъ предметамъ, *второй экзаменъ* — по теоретическимъ предметамъ медицины, какъ-то: по анатоміи, физіологіи, фармаціи и фармакологіи, и *третій*, или окончательный *экзаменъ*—по всѣмъ практическимъ отдѣламъ врачебновѣдѣнія. Кандидатамъ, сдавшимъ удовлетворительно послѣдній экзаменъ, эти учрежденія выдаютъ дипломы на званіе *лиценціата* (licentiate) «Королевской Коллегіи Медиковъ или Хирурговъ» въ Эдинбургѣ, или же «Факультета Медиковъ и Хирурговъ въ Глазгоо.

Кромѣ того, всѣ эти три учрежденія составляютъ собою отдѣльныя корпораціи врачей-спеціалистовъ, которые раздѣляются на три категоріи: кандидаты (licentiates), соучастники (members) и члены (fellows); объ особенностяхъ каждой изъ этихъ категорій я уже имѣлъ случай бесѣдовать съ читателемъ въ главѣ I этой книги.

Чтобы рельефнѣе очертить врачебно-образовательный строй медицинскихъ школъ въ Шотландіи, я полагаю, не лишнее будетъ вкратцѣ познакомить читателя и съ бытовою стороною медицинскаго студенчества, представляющаго много своеобразныхъ и, къ слову сказать, не-мало чрезвычайно симпатическихъ чертъ.

Бытъ Эдинбургск. студенчества.

Вообще слѣдуетъ замѣтить, что Эдинбургъ отличается образцовыми учебными заведеніями по всѣмъ отраслямъ знаній и для всѣхъ возра-

стовъ учащагося юношества. Проф. Мартенсъ [1]) повѣствуетъ: когда въ 1883 году членъ англійскаго министерства Мунделла посѣтилъ Эдинбургъ и спросилъ городскаго голову, что составляетъ главную промышленность города, онъ получилъ въ отвѣтъ: «*наша главная промышленность—воспитаніе*». И дѣйствительно, пытливому научному экскурсанту эта часть «промышленности» Эдинбурга бросается въ глаза. Такъ, напр., среди университетскаго студенчества существуетъ восемь различнаго наименованія обществъ, преслѣдующихъ одну общую цѣль: *содѣйствовать развитію способностей и ума студентовъ, посредствомъ общихъ бесѣдъ или диспутовъ о научныхъ вопросахъ*. Къ числу таковыхъ относится «Королевское Медицинское Общество» (the Royal Medical Society founded by students) [2]), основанное студентами-медиками еще въ 1737 году и владѣющее въ настоящее время собственнымъ домомъ, библіотекою и т. п. Еженедѣльно члены этого Общества собираются для совмѣстнаго обсужденія вопросовъ по медицинѣ; здѣсь читаются различные рефераты, весьма толково составленные студентами-медиками, и вообще занятія эти ведутся строго научно.

Кромѣ того, студенты имѣютъ особенный «клубъ стрѣлковъ» (the Schooting Club), гдѣ они упражняются въ стрѣльбѣ, и члены этого клуба составляютъ особенный отрядъ, командиромъ котораго состоитъ профессоръ анатоміи д-ръ Тёрнеръ, въ чинѣ маіора.

Наконецъ, съ цѣлью сплотить студентовъ всѣхъ факультетовъ въ одну дружную семью, образовался въ 1883 году такъ назыв. «представительный совѣтъ студентовъ» (the Student's Representative Council), въ составъ котораго входятъ представители двухъ категорій: во-первыхъ, отъ студентовъ всѣхъ четырехъ факультетовъ, и во-вторыхъ, отъ студентовъ и удостоенныхъ ученыхъ степеней, состоящихъ членами различныхъ студенческихъ обществъ и клубовъ. Такихъ представителей названнаго совѣта—100, въ томъ числѣ: отъ богословскаго факультета—3, отъ юридическаго—10, отъ философскаго (или естественно-историческаго)—20, отъ медицинскаго—36, отъ различныхъ студенческихъ обществъ—30, наконецъ, лордъ-ректоръ состоитъ въ роли предсѣдателя «студенческаго совѣта». Эта корпорація имѣетъ свой собственный сборный домъ (Unionhouse), въ которомъ находятся,

---

[1]) l. c., стр. 114.

[2]) См. Sir Grant. *The story of the University*... т. II, стр. 484.

между прочими приспособленіями, гимнастическій залъ, читальня, кофейня и большая зала для засѣданій различныхъ студенческихъ обществъ. Вообще, учащаяся молодежь въ Шотландіи вполнѣ оправдываетъ классическую поговорку—«mens sana in corpore sano», т. е., въ свободное отъ ученыхъ занятій время Эдинбургскіе студенты упражняются въ такихъ играхъ, какъ гребля, lown-tenis, атлетическія упражненія, которыя дѣйствительно способствуютъ ихъ физическому развитію и не кладутъ на ихъ физіономіи такихъ безобразныхъ печатей въ формѣ рубцовъ, какъ это сплошь и рядомъ всрѣчается на лицахъ нѣмецкаго студенчества.

Наконецъ, уваженіе къ научному авторитету или къ званію профессора до того вкоренилось въ кровь и въ плоть шотландскаго юношества, что активное участіе представителей науки въ студенческихъ развлеченіяхъ вноситъ въ ихъ среду только больше порядка и дисциплины, что особенно рѣзко высказалось въ Эдинбургѣ, въ апрѣлѣ 1884 г., во время 300-лѣтняго юбилея Эдинбургскаго университета.

Литературные источники:

1) A. Grant. *The story of the University of Edinburgh.* London 1884, 2 тома.

2) *Edinburgh's Medical Calendar and Guide to students.* 1885 — 86. Edinburgh.

3) Ф. Мартенсъ. *Эдинбургскій университетъ и трехсотлѣтній его юбилей.* Историко-культурный очеркъ («Вѣстникъ Европы» 1884).

4) Prof. Struthers. *Sketch of the Edinburgh Anatomical School.*

ГЛАВА XVIII.

«Royal Infirmary» въ Эдинбургѣ—арена дѣятельности проф. Чiйне. Вниманiе Эдинбургскихъ профессоровъ къ иностраннымъ научнымъ экскурсантамъ. — Операцiонный залъ проф. Чiйне. — *Exstirpatio fibromiomatis in regione glutea,* какъ примѣръ клинической лекцiи послѣдняго.— *Osteotomia femoralis* при *genu valgum.* — *Trepanatio cranii* при одностороннемъ параличѣ нижней конечности съ успѣшнымъ исходомъ. — Случай Фелкина такого же рода съ трансплантацiею выпиленныхъ кусковъ черепа.—*Calculus renalis; nephrolithotomia* по Чiйне.—*Таблица 40 случаевъ почечнаго камнесѣченiя, произведенныхъ великобританскими хирургами съ 1881—1888 годъ.*—Разборъ клиническихъ явленiй Nephrolithiasis; вѣсъ почечныхъ камней; форма ихъ; химическiй составъ; характеръ почечныхъ коликъ. — Различные способы почечнаго камнесѣченiя.—Сравнительная оцѣнка операцiй *nephrectomia* и *nephrolithotomia.* — Показанiя къ почечному камнесѣченiю. — Дiагностическiе оперативные прiемы Бельфильда для опредѣленiя почечнаго камня. — Техника операцiи почечнаго камнесѣченiя: а) обнаженiе почки; б) отъисканiе камня въ почкѣ; в) вылущенiе камня. — Топографiя внутреннихъ органовъ въ поясничной области (regio lumbalis). — Планъ хирургической клиники проф. Чiйне. — Перевязочныя средства этой клиники. — Клиническiй матерiалъ. — Особенности этой клиники и оперативной техники проф. Чiйне. — Curriculum vitae проф. Чiйне и перечень его ученыхъ трудовъ. — Литературные источники.

Вниманiе Эдинбургскихъ профессоровъ къ иностраннымъ экскурсантамъ.

Эдинбургъ—одинъ изъ живописнѣйшихъ городовъ Европы. По своему расположенiю, богатству растительности и нѣкоторымъ чрезвычайно характернымъ постройкамъ — эта столица Шотландiи представляетъ много интереснаго для всякаго туриста. Однакоже, Эдинбургъ относительно рѣдко посѣщается иностранцами вообще и, на сколько мнѣ извѣстно, наши русскiе врачи [1]), за весьма рѣдкимъ исключенiемъ, за-

[1]) Въ русской перiодической медицинской литературѣ я нашелъ весьма интересныя замѣтки изъ Эдинбурга д-ра Бутца, посѣтившаго Шотландскiя школы медицины въ 1886 г. («Хирург. Вѣстн.», январь 1887 г.).

глядываютъ въ этотъ богатѣйшій природою университетскій городъ. А между тѣмъ его учебно-вспомогательныя учрежденія, лабораторіи, музеи и врачебно-образовательныя заведенія представляютъ такъ много поучительнаго для каждаго врача. Кромѣ того, профессора Эдинбургскаго университета, какъ лица болѣе заинтересованныя чисто научными вопросами, нежели обще-житейскими дѣлами, весьма радушно встрѣчаютъ каждаго иностранца, заѣхавшаго въ Эдинбургъ съ научной цѣлью; они не только готовы ему показать и объяснить всѣ особенности своихъ учебныхъ учрежденій, но они, видимо, считаютъ даже своимъ нравственнымъ долгомъ — на правахъ гостепріимнаго хозяина — оказывать научному экскурсанту всякаго рода услуги. По крайней мѣрѣ, я лично повсюду встрѣчалъ въ Эдинбургѣ такъ много выраженій сочувствія къ моимъ цѣлямъ, какъ нигдѣ на континентѣ. Тѣмъ болѣе пріятно сообщить это своимъ товарищамъ, что оказаннымъ мнѣ вниманіемъ я не обязанъ не какимъ нибудь предпринятымъ мною мѣрамъ (рекомендательнымъ письмамъ и т. п.), а исключительно лишь характеру шотландскихъ ученыхъ, въ чемъ читатель легко убѣдится изъ нижеприведенныхъ фактовъ.

Въ іюлѣ 1885 года я впервые заѣхалъ въ Эдинбургъ и въ одинъ изъ будничныхъ дней отправился въ «Royal Infirmary» — въ хирургическую клинику профессора Чійне (John Chiene), кафедру котораго прежде занималъ здѣсь Джозефъ Листеръ. При моемъ представленіи проф. Чійне тотчасъ разспросилъ меня — съ какою цѣлью я заѣхалъ въ Эдинбургъ и какимъ числомъ дней я свободно располагаю для ознакомленія со здѣшними врачебно-образовательными учрежденіями; давъ мнѣ нѣкоторыя указанія и совѣты, онъ прямо предложилъ мнѣ присутствовать при имѣющей быть операціи и ввелъ меня въ свою аудиторію. Здѣсь, въ громадномъ, богато освѣщенномъ амфитеатрѣ, предъ публикою въ 500—600 слушателей, проф. Чійне сталъ на операціонную арену и, указавъ на меня, рядомъ съ нимъ стоявшаго, обратился къ аудиторіи: «Джентельмены, вы видите предъ собою врача, «пріѣхавшаго изъ далекихъ окраинъ Европейскаго континента съ «цѣлью познакомиться съ дѣятельностью нашихъ научныхъ учрежде-«ній. Родина нашего гостя — Россія, которая гигантскими шагами «прогрессируетъ во всѣхъ отрасляхъ знаній наукъ и искусствъ; я по-«лагаю, что мы обязаны прежде всего оказать ему радушное гостепріим-«ство, чтобы мистеръ Т., проѣхавшій чрезъ длинный рядъ универ-«ситетскихъ городовъ Европы, могъ запечатлѣть въ своей памяти

«воспоминаніе о нашей столицѣ и ея школахъ» [1]. — Громъ рукоплесканій былъ отвѣтомъ этихъ привѣтственныхъ словъ проф. Чійне.

Операціонный залъ проф. Чійне.

Операціонный залъ представляется весьма просторнымъ; ряды слушателей отдѣлены отъ арены профессора перегородкой, впереди которой поставлены стулья для гостей. Этотъ залъ освѣщается не только сверху чрезъ стеклянную крышу, но и по бокамъ, а впереди операціоннаго стола вся стѣна стеклянная; такимъ образомъ аудиторія снабжается свѣтомъ въ изобиліи.

При первомъ общемъ осмотрѣ приготовленій къ операціи нетрудно было замѣтить, что проф. Чійне — одинъ изъ самыхъ строгихъ приверженцевъ ученія Листера объ антисептикѣ; пожалуй, я скажу, что Чійне—болѣе листеріянецъ, нежели самъ Листеръ. Огромный паровой распылитель (spray) широко орошалъ операціонную арену карболовой кислотой; вокругъ операціоннаго стола, то тутъ, то тамъ разставлены были тазы съ растворомъ карболовой кислоты для обмыванія рукъ всѣхъ стоящихъ вблизи стола. На операціонной аренѣ были только операторъ и два—три ассистента; ни прислуга, ни сестры милосердія, ни посторонніе лица къ столу не допускаются. — У передняго окна на стеклянной плитѣ стола были разложены: зеленая тафта (protective silk), желтая карболизованная марля, розоватая салициловая вата, розовый мэкентошъ, бинты, шины и т. п. перевязочный матеріалъ; все это—безупречно чисто и помѣщается въ незатѣйливыхъ стекляныхъ банкахъ.

Exstirpatio fibromiomat. in regione glutea.

Наблюденіе LII. **Exstirpatio fibromiomat. in regione glutea.** Молодой человѣкъ, по профессіи матросъ, носилъ на правой ягодицѣ большую, плотную, ограниченную и мѣстами подвижную опухоль, отъ которой онъ желалъ избавиться. Проф. Чійне, прочитавъ краткій анамнезъ даннаго больнаго, представилъ весьма рельефно клиническую картину этого новообразованія, продемонстрировалъ способы изслѣдованія послѣдняго и тогда обратился къ одному изъ сидящихъ въ амфитеатрѣ слушателей съ предложеніемъ—поставить діагнозъ бо-

---

[1] Само собою разумѣется, что я передаю не подлинныя слова проф. Чійне, а смыслъ и способъ выраженій его рѣчи, которые оставили во мнѣ неизгладимый слѣдъ. Замѣчу, между прочимъ, что въ 1885 году наши политическія отношенія съ Англіею, вслѣдствіе обострившагося тогда Афганистанскаго вопроса, были очень натянуты и Лондонскіе ученые (какъ Гольмсъ) не особенно радушно встрѣчали нашего брата; между тѣмъ какъ шотландцы оставались истыми джентельменами, въ благородномъ смыслѣ этого слова.

лѣзни; такимъ образомъ онъ переходилъ отъ одного къ другому изъ студентовъ съ различными вопросами, вытекавшими изъ полученныхъ отвѣтовъ, пока не выяснилъ вполнѣ не только данную форму болѣзни, но и другія опухоли, встрѣчающіяся въ области ягодицъ. Послѣ точной постановки дифференціальнаго діагноза, проф. Чійне такимъ же путемъ выяснилъ и способъ леченія. Короче говоря, его клиническая лекція носила характеръ научной бесѣды. Затѣмъ онъ приступилъ къ операціи.

Техника операціи: Когда оперируемый уже былъ вполнѣ заанэстезированъ хлороформомъ, проф. Чійне сдѣлалъ предварительно проколъ узкимъ ножомъ, въ области опухоли, съ цѣлью, убѣдиться — нѣтъ-ли въ центрѣ новообразованія какого-нибудь распада. Затѣмъ онъ провелъ два полукруглыхъ разрѣза кожи вдоль правой ягодицы и, углубляясь постепенно по направленію къ наружной подвздошной ямкѣ, онъ достигъ почти до spinae post. super. ossis ilei; здѣсь, захвативъ плотную опухоль въ особые щипцы, вродѣ оваріотомическаго клямпа, онъ, по мѣрѣ того, какъ подсѣкалъ короткими ударами ножницъ окружающія волокна мышцъ, выкатилъ наружу все новообразованіе, величиною въ яблоко. Кровотеченіе унималось по мѣрѣ перерѣзки сосудовъ, которые только торквиловались. Осушивъ вполнѣ полостную рану, операторъ вставилъ короткій, толстый дренажъ и кожную рану сшилъ конскимъ волосомъ.

Повязка состояла изъ слѣдующихъ слоевъ: марлевый компрессъ, пропитанный іодоформомъ, растворепнымъ въ эйкалиптовомъ маслѣ, поверхъ этого компресса было наложено нѣсколько слоевъ желтой марли, въ видѣ широкаго покрова, облегающаго всю правую ягодицу и верхнюю $1/3$ задней поверхности бедра; затѣмъ, слѣдовали слой салициловой ваты, обыкновенный марлевый бинтъ, укрѣплявшій повязку, а по окраинамъ послѣдней — нѣсколько ходовъ эластическаго бинта; короче, примѣнялась герметическая повязка, какъ это представлено мною на рис. 5 (см. главу II).

Удаленная опухоль была тутъ же, въ аудиторіи, изслѣдована: на разрѣзѣ она представлялась плотнымъ, безсосудистымъ, волокнистымъ новообразованіемъ, гистологически состоящимъ изъ элементовъ старой соединительной ткани съ примѣсью мышечныхъ волоконъ. Стало быть, діагнозъ *fibromioma* — вполнѣ оправдался.

Osteotomia femoris. *Наблюденіе LIII.* Osteotomia femoris при genu valgum. Восьмилѣтній мальчикъ представлялъ характерное внутреннее искривленіе

колѣна, извѣстное подъ именемъ *genu valgum*. Проф. Чійне, представивъ этого больнаго аудиторіи, вкратцѣ изложилъ этіологію этихъ искривленій, критически разобралъ различныя теоріи о причинахъ этого страданія и, видимо, склонялся въ пользу рахитизма, какъ момента, особенно располагающаго къ подобнаго рода искривленіямъ трубчатыхъ костей скелета. Поэтому онъ вообще высказался за ортопедическое леченіе этого страданія въ дѣтскомъ возрастѣ, но въ виду того, что родители этого ребенка — пріѣзжіе изъ провинціи и не желаютъ подвергать его продолжительному леченію, проф. Чійне рѣшается сдѣлать ребенку *osteotomiam*, по способу шотландскаго хирурга Мэкъ-Юэна (Mac-Ewen).

Техника операціи: Ребенка занаркотизировали хлороформомъ; оперируемую ногу тщательно вымыли щеткой съ мыломъ, осушили и, подъ паромъ карболоваго распылителя, операторъ провелъ линеарный разрѣзъ длиною въ 2 сант. непосредственно подъ самымъ внутреннимъ мыщелкомъ (condylus internus) бедра и разсѣкъ всѣ мягкія части и надкостницу до самой кости; вставивъ въ этотъ разрѣзъ ноготь лѣваго указательнаго пальца, Чійне замѣнилъ послѣдній широкимъ долотомъ, которое сначала было введено продольно ранѣ, затѣмъ онъ повернулъ его поперекъ оси бедренней кости. Приладивъ такимъ образомъ лезвее долота параллельно эпифизному хрящу, операторъ нѣсколькими ударами деревяннаго молотка старался отдѣлить эпифизъ внутренняго мыщелка. Закрывъ на время рану губкою и поручивъ ассистенту фиксировать бедро, операторъ постепенными рычагообразными движеніями голени кнаружи стремился надломить наружный мыщелокъ бедра, но это ему сразу не удавалось сдѣлать: приходилось еще нѣсколько разъ вставлять долото въ расщепъ бедра и нанести удары деревяннымъ молотомъ, пока удалось переломить бедро, послѣ чего конечность вполнѣ выпрямилась. На рану наложена была типическая Листеровская повязка, укрѣпленная марлевымъ бинтомъ; оперированная конечность помѣщена была межъ двухъ деревянныхъ лубковъ и туго забинтована.

О результатахъ, достигнутыхъ въ Шотландіи операціею остеотоміи, я еще буду имѣть случай говорить при описаніи дѣятельности Мэкъ-Юэна, работающаго въ Глазговской хирургической клиникѣ; поэтому я не стану здѣсь останавливаться на нѣкоторыхъ особенностяхъ этой операціи.

Далѣе, въ клиникѣ проф. Чійне я видѣлъ случай трепанаціи черепа у 63-лѣтняго мужчины, у котораго вслѣдъ за ушибомъ въ *лѣвой*

половинѣ черепа появились сначала сильныя головныя боли, а затѣмъ обнаружился параличъ *правой* голени и бедра. При произведенной трепанаціи черепа было выпущено нѣкоторое количество гноя, послѣ чего всѣ паралитическія явленія исчезли, такъ что нѣсколько дней послѣ операціи этотъ оперированный свободно прогуливался по палатѣ.— Исторію этого больнаго я могу передать по замѣткѣ, выданной мнѣ ассистентомъ описываемой мною клиники.

Trepanatio cranii, при одностороннемъ параличѣ нижней конечности.

Наблюденіе LIV. Trepanatio cranii, произведенная проф. Чійне съ цѣлью устранить односторонній параличъ нижней конечности.

Анамнезъ. Томасъ Шкоттъ, 63 лѣтъ отъ роду, поступилъ въ госпиталь 22/v 1885 съ явленіями паралича *правой* голени и бедра. Девять недѣль тому назадъ онъ упалъ на голову и получилъ рѣзанную рану на *лѣвой* половинѣ черепа, почти на $^3/_4$ дюйма кнаружи стрѣловиднаго шва и вверху и впереди темяннаго бугра (eminentia parietalis). Короче, поврежденіе черепа какъ разъ соотвѣтствовало верхнему концу Роландовой борозды [1]).

На правой половинѣ головы, на мѣстѣ противуположномъ свѣжему рубцу, находился *старый рубецъ*, образовавшійся послѣ поврежденія черепа *одиннадцать лѣтъ тому назадъ;* съ тѣхъ поръ больной страдалъ упадкомъ зрѣнія (he had dimness of vision) на *правомъ* глазу.

При поступленіи въ клинику, въ маѣ 1885 г., у него были ясно выражены: параличъ *правой* нижней конечности, который появился вслѣдъ за послѣднимъ ушибомъ въ голову, и ослабленіе зрѣнія въ *лѣвомъ* глазу, которое также обнаружилось въ теченіи послѣдняго времени. Вслѣдъ за вторымъ поврежденіемъ больной оставался въ безсознательномъ состояніи около 7 дней.

При глубокомъ давленіи въ области свѣжаго рубца больной жаловался на тупую головную боль. Мышечная система даннаго больнаго была тщательно изслѣдована врачами-спеціалистами—д-ромъ Граамъ-Броуномъ, Джемсомъ и Мёрреемъ (Murray); они нашли значительный упадокъ мышечной силы на *правой* голени и бедра —поверхностные рефлексы (the superficial reflexes) на правой сторонѣ ослаблены, а *правый* надколѣнный рефлексъ (patellar reflex) значительно усиленъ.

Техника операціи: Занаркотизировавъ больнаго, операторъ обна-

---

[1]) О способѣ точнаго опредѣленія Роландовой борозды я уже говорилъ выше при описаніи циртометра Клоуда Уильсона (см. рис. 43).

жилъ черепъ въ области свѣжаго рубца, отдѣливъ тщательно мягкіе покровы, вмѣстѣ съ накостницей. Затѣмъ онъ наложилъ небольшую коронку коническаго трепана и выпилилъ изъ черепа небольшой кружокъ кости. По удаленіи этого диска обнаженная твердая мозговая оболочка не пульсировала и представлялась значительно утолщенною; тогда проф. Чійнс сдѣлалъ въ этомъ мѣстѣ проколъ троакаромъ и выпустилъ около драхмы свѣтлой жидкости. Этимъ моментомъ операція собственно кончилась.—Тщательно обеззаразивъ рану карболовой кислотой, операторъ сшилъ разрѣзъ черепныхъ покрововъ и покрылъ голову антисептическою повязкою; больнаго уложили въ постель на нѣсколько дней.

Послѣоперaціонное теченіе болѣзни. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Со дня на день мышечная сократительность въ пораженной конечности стала возвращаться и въ теченіи мѣсяца она настолько возстановилась, что больной въ состояніи былъ гулять. — Шесть недѣль послѣ операціи я изслѣдовалъ больнаго и нашелъ на мѣстѣ произведенной трепанаціи плотный рубецъ, ясно пульсирующій; при ходьбѣ трудно замѣтить различіе въ функціи обѣихъ ногъ. Только на лѣвомъ глазу зрѣніе было ослаблено; офтальмоскопомъ можно было констатировать атрофію зрительнаго нерва.

Въ англійской литературѣ въ теченіи послѣдняго времени обнародовано было нѣсколько десятковъ подобныхъ случаевъ страданія мозга, при которыхъ оперативное вмѣшательство оказывало большія услуги внутренней терапіи. Шотландская же школа хирурговъ преимущественно способствовала расширенію показаній къ вскрытію черепной полости при нѣкоторыхъ параличахъ центральнаго происхожденія.

Такъ, весьма недавно 15/II 1888 г. д-ръ Фелкинъ [1]) демонстрировалъ предъ Эдинбургскимъ Медико-Хирургическимъ Обществомъ 17-лѣтнюю дѣвушку, у которой послѣ паденія на голову постепенно развился параличъ конечностей, наступила остановка въ развитіи этихъ органовъ и послѣдовала потеря ихъ функцій; но послѣ сдѣланной трепанаціи движеніе возстановилось. Случай Фелкина.

Краткая исторія этого случая такова: будучи ребенкомъ, эта дѣвушка получила серьезное поврежденіе головы; какъ слѣдствіе послѣдняго,

---

[1]) *Succesful Trephining over Motor Areas for arrested development of limbs and complete loss of functional value.* См. «British Medical Journal» 25/II 1888, стр. 418.

наступила остановка въ развитіи *правыхъ* плеча и голени и затѣмъ обнаружилась почти полная потеря движенія въ названныхъ органахъ. По нѣкоторымъ явленіямъ этотъ процессъ маскировалъ, какъ утверждаетъ докладчикъ, polymyelitis anterior acuta. Д-ръ Фелкинъ, на попеченіе котораго эта больная поступила недавно, первый замѣтилъ легкое вдавленіе (a slight deprission) черепа въ области лѣвой половины двигательныхъ центровъ (left motor areas). Онъ пригласилъ на совѣщаніе хирурга Гэра, который призналъ этотъ случай подходящимъ для трепанаціи черепа. Три—четыре недѣли до представленія этой больной Обществу врачей, она была трепанирована д-ромъ Гэромъ. Когда волосы на головѣ были сбриты, то легко было констатировать слѣды стараго перелома черепныхъ костей: на этомъ самомъ мѣстѣ операторъ помощью трепана выпилилъ два небольшихъ кружка, кромѣ того, удалилъ образовавшіеся острые углы на костяхъ черепа пилочкой Гея.

На мѣстѣ дефекта въ кости выступила мѣшечатая опухоль, содержимое которой операторъ опорожнилъ, а ея связи съ черепными костями разрушилъ. На внутренней поверхности выпиленныхъ кружковъ нетрудно было видѣть утолщеніе костной ткани въ видѣ рога (horn-like), которое, безъ сомнѣнія, было прямою причиною постояннаго раздраженія. Твердая мозговая оболочка при операціи не была надрѣзана. Маленькіе куски кости были трансплантированы [1]) на наружную поверхность твердой мозговой оболочки; небольшой дренажъ изъ струнныхъ нитей былъ вставленъ въ рану и послѣдняя сшита обыкновеннымъ образомъ.

Рана зажила первымъ натяженіемъ, причемъ t° ни разу не подымалась выше нормы.

Тщательное изслѣдованіе динамометромъ показало несомнѣнное возвращеніе функцій конечностей, хотя нѣкоторыя движенія въ предплечьи были совершенно утрачены.

---

[1]) О возможности трансплантаціи черепной кости я уже указалъ выше при изложеніи вопроса о *хирургіи мозга* (см. главу IX). Къ вышесказанному я могу теперь прибавить, что проф. Адамкевичъ (въ Краковѣ) многочисленными опытами надъ трепанированными животными доказалъ, что выпиленные изъ черепа круглые куски въ 0,6—0,9 сант. въ поперечникѣ, будучи снова помѣщены въ трепанаціонное отверстіе, совершенно приживаютъ, если только операція производится противугнилостно (См. «Wiener medicinische Blätter», 3/I 1889).

Случай этотъ, помимо своего оперативнаго интереса, по мнѣнiю докладчика, показываетъ, *какъ долго можетъ сохраниться способность мышечнаго сокращенiя въ обѣихъ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ послѣ травматическаго паралича.*

Въ предшествовавшихъ главахъ этой книги я уже мимоходомъ упомянулъ, что въ англiйской хирургiи примѣняется совершенно новая операцiя— *nephrolithotomia*, т. е., камень вырѣзывается изъ толщи почки. Въ виду новизны этого вопроса, я считаю полезнымъ познакомить своихъ читателей съ подобнымъ случаемъ, встрѣтившимся въ практикѣ профессора Чiйне.

Наблюденiе LV: **Calculus renalis. Nephrolithotomia**, по Чiйне. Calculus renalis.—Nephrolithotomia.

Anamnesis. 29-лѣтнiй мужчина жаловался *«на сильные припадки въ крестцѣ»*, сосредоточивавшiеся въ правой почечной области въ формѣ острой боли, впервые появившейся 4 года тому назадъ. При появленiи припадка давленiе рукой въ этомъ мѣстѣ значительно облегчаетъ больнаго; боль, какъ передаетъ пацiентъ, повидимому, начинается спереди почки, а затѣмъ переходитъ къ крестцу. Какъ часто повторяются эти припадки,—больной точно указать не могъ; но всегда эти припадки одного характера, хотя они появляются въ различное время. Въ теченiи четырехъ лѣтъ больной этотъ подвергался леченiю различными терапевтическими и дiэтетическими средствами, но безъ вся-каго видимаго успѣха.

Status praesens. По временамъ больной совершенно свободенъ отъ вышеописанныхъ припадковъ. Общее здоровье — вполнѣ удовлетворительно. Ни глазомъ, ни ощупыванiемъ ничего не удавалось констатировать въ области правой почки. Сердце, легкiя, пульсъ, t°, пищеваренiе нормальны. Многократныя химическiя изслѣдованiя мочи показали слѣдующее: цвѣтъ мочи измѣнялся —отъ свѣтло-желтаго (янтарнаго) до темно-бураго (цвѣта хереса); иногда моча издавала запахъ; удѣльный вѣсъ = 1022 до 1026; реакцiя — кислая; она содержала бѣлокъ въ различномъ количествѣ—отъ слѣдовъ до $^1/_2$ грамма; ни сахара, ни желчи въ ней не было; гваяковая проба указывала на присутствiе крови въ мочѣ. Микроскопическое изслѣдованiе констатировало обильное количество оксалатовъ и уратовъ въ мочѣ съ примѣсью незначительнаго количества гнойныхъ и кровяныхъ тѣлецъ; кристаллы фосфатовъ нерѣдко также попадали въ поле микроскопа.

Diagnosis. Calculus renalis dext.

Техника операцiи: Больной былъ захлороформированъ и положенъ

на здоровый бокъ. а) Операторъ *провелъ косвенный разрѣзъ*, длиною въ 4 дюйма, по правой поясничной области (regio lumbalis dextra), начиная отъ края поясничной мышцы, *параллельно послѣднему ребру;* разсѣкая послойно всѣ ткани, онъ б) *дошелъ до задней поверхности правой почки*, которая была легко найдена; при изслѣдованіи ея передней поверхности, проф. Чійне ощущалъ выступъ въ нижней половинѣ почки и когда онъ в) *воткнулъ иглу въ самую толщу почки*, то осязалъ явственно камень; г) тогда онъ ногтями надорвалъ тонкій слой почечной ткани, *обнажилъ камень*, послѣ чего расширилъ рану почки тупыми пинцетами и старался высвободить инородное тѣло, что, однакоже, не легко удавалось, ибо окружающая камень почечная ткань была вполнѣ здорова, а сама почка легко перемѣщалась; наконецъ, не безъ усилій, Чійне д) *тонкими щипчиками вылущилъ* (правильнѣе выколупалъ) *весь камень*. Оставшаяся въ почкѣ полость значительно кровоточила; тогда онъ вставилъ два толстыхъ куска дренажной трубки и зашилъ полость конскимъ волосомъ, всю рану покрылъ карболизованной марлей и укрѣпилъ повязку фланелевымъ бинтомъ.

Нечего, я думаю, и прибавлять, что вся эта операція производилась подъ самыми строгими мѣрами противугнилостной хирургіи и даже подъ парами карболоваго распылителя.

Извлеченный камень имѣлъ овальную форму; размѣры его были: въ длину—одинъ дюймъ, въ ширину $^{9}/_{16}$ дюйма, въ наибольшей окружности—$2^{3}/_{8}$ дюйма, въ наименьшей окружности—$1^{7}/_{8}$ дюйма; наружный слой имѣлъ желтоватый цвѣтъ, тогда какъ ядро представлялось темнымъ; химически онъ состоялъ изъ щавелевокислой извести съ небольшою примѣсью мочекислыхъ солей; вѣсъ его, послѣ высыханія, равнялся 48 гранамъ.

Послѣопераціонное теченіе раны было вполнѣ удовлетворительно: t° не подымалась выше 99,8° (F), т. е., все время оставалась нормальною. Повязка на второй день должна была быть обновлена, ибо струя мочи показалась въ ранѣ, такъ какъ больной не выпускалъ мочу per urethram. Первые два дня вводился катетръ въ мочевой пузырь. Сонъ и самочувствіе оперируемаго даже въ первые три дня были удовлетворительны. На 5-я сутки кожный разрѣзъ представлялся уже сросшимся, кромѣ угловъ раны, гдѣ проходили дренажи.

Изслѣдованіе мочи, предпринятое на 6-й день послѣ операціи, показало: цвѣтъ—янтарный съ зеленоватымъ оттѣнкомъ; подъ микроско-

номъ находились гнойныя тѣльца и кровяные шарики. При стоянiи моча давала осадокъ гноя и слизи; удѣльный вѣсъ ея=1.023. Къ концу 6-хъ сутокъ въ мочѣ находились только слѣды крови.

Пять недѣль послѣ операцiи больной выписался изъ клиники вполнѣ здоровымъ. Чрезъ три мѣсяца онъ писалъ ассистенту клиники, что онъ чувствуетъ себя «возрожденнымъ» человѣкомъ (and feel so far quite a new man); никакихъ препятствiй или подергиванiй онъ не ощущаетъ при сгибанiи и разгибанiи туловища. Наконецъ, въ теченiи послѣднихъ трехъ мѣсяцевъ въ немъ прибавилось вѣсу на 14 ф.

Кромѣ этого случая, я имѣю возможность представить читателю еще сорокъ случаевъ почечнаго камнесѣченiя, собранныхъ мною въ англiйской литературѣ. Въ виду новизны вопроса, я позволю себѣ этотъ предметъ подвергнуть тщательному обсужденiю и начну съ того, что всѣ собранные мною случаи сопоставлю въ одной таблицѣ.

Таблица XXII. **Сорокъ случаевъ nephrolithotomiae, произведенныхъ великобританскими хирургами съ 1881—1888 годъ.**

№№ по пор.	Авторъ и литерат. источн.	Полъ, возрастъ и занятіе больнаго.	Клиническія явленія.	Описаніе операціи.	Теченіе операціонной раны и исходъ.	Особыя замѣчанія.
1	Henry Morris, Trans. of the Clin. Soc. of London, т. XIV, 1881.	*Марія М.*, дѣвушка 19 л., служанка.	Нагноеніе въ почкѣ до того обильное, что оно было принято за нарывъ въ поясницѣ; значительная опухоль.	*Поясничный разрѣзъ* съ разсѣченіемъ почки; *извлеченіе почечнаго камня* безъ препятствій.	Полное *выздоровленіе;* осталась только впадина на мѣстѣ разрѣза. Оперированная продолжаетъ свою профессію служанки.	Извлечен. камень былъ вѣсомъ въ 31 гранъ и имѣлъ видъ тутовой ягоды.
2	Marcus Beck, Ibid., т. XV, 1882.	Мужчина, по ремеслу обойщикъ.	Продолжительныя почечныя колики.	Операторъ *извлекъ камень* изъ верхней части почечной лоханки.	Оперированный *выписался* изъ госпиталя на 35-й день *съ вполнѣ зажившею раною* и чрезъ 4 мѣсяца принялся за свое ремесло.	Камень вѣсилъ 29 griановъ и состоялъ изъ слоевъ уратовъ, покрытыхъ фосфатами.
3	Butlin, Ibid., т. XV, 1882.	?	?	*Извлеченіе камня изъ почечной лоханки.*	Полное *выздоровленіе.*	Извлеченный камень вѣсилъ 60 грановъ, состоялъ изъ щавелевокислой извести и былъ величиною въ большой лѣсной орѣхъ.
4	Bennett May, Ibid., т. XVI, 1883.	?	?	*Извлеченіе большаго камня* изъ почки.	Рана зажила скоро; къ концу 5-й недѣли она была уже зарубцевавшеюся и безъ всякой наклонности образовать мочевой свищъ.	Камень состоялъ изъ кристалловъ фосфорнокислой извести; чрезъ 4 мѣсяца послѣ операціи больной жаловался на боль и кровавую мочу: въ послѣдней замѣчался еще гной.
5	Howse, Ibid., т. XVI, 1883.	?	?	*Извлеченіе камня* изъ почечной лоханки.	Чрезъ 2 мѣсяца *рана зарубцевалась* вполнѣ.	Извлеченный камень представлялся почти шарообразнымъ; наружные слои его состояли изъ щавелевокислой извести. Вѣсъ камня—26 гранамъ.

7	Henry Morris, «Brit. Med. Journ.», 1885, т. I, стр. 488.	Мужч. 26 лѣтъ, ювелиръ.	Съ самаго дѣтства страдалъ почечными коликами. 3 недѣли до поступленія въ больницу боли не позволяли ему работать. При поступленіи въ госпиталь онъ жаловался на острую боль въ лѣвой почкѣ и на чувство глубокаго сжиманія въ пояснице. Моча была уд. в.=1,010 съ примѣсью крови и обилія фосфатовъ.	Операція была произведена 10/v 1884. Послѣ разрѣза покрововъ и мышцъ, изслѣдуемый палецъ ощущалъ чрезъ заднюю поверхность лѣвой почки камень. *Ногтемъ пальца* операторъ *разщепилъ* ткань почки; камень былъ фиксированъ лѣвымъ указательнымъ пальцемъ, а помощью *узкой ложечки онъ былъ извлеченъ*. Кровотечен. незначительно. Дренажъ въ ранѣ внѣ почки.	*Полное выздоровленіе* чрезъ 32 дня. 8 мѣсяцевъ спустя послѣ операціи онъ представился доктору и заявилъ, что чувствуетъ себя вполнѣ здоровымъ.	Извлеченный камень имѣлъ въ центрѣ темное ядро изъ оксалатовъ, а вокругъ него были обложены слои мочекислой извести и отчасти кристаллы щавелевокислой извести.
8	Chartres J. Symonds, Ibid.	Мужчина 50 лѣтъ.	Въ теченіи 24 лѣтъ *страдаетъ почечными коликами* въ лѣвой поясничной части. Припадки появляются періодами и длятся отъ 1—7 дней; бывали совершенно свѣтлые промежутки въ теч. 3—4 лѣтъ. Въ послѣднее время сталъ страдать *частымъ мочеиспусканіемъ* и терять *большое колич. крови мочей. Никакая опухоль не могла быть прощупываема.*	11/vii 83 проведенъ былъ *разрѣзъ параллельно послѣднему ребру*. Сначала изолировался нижній конецъ почки и тогда *ощущался камень, застрявшій въ мочеточникѣ* и западшій въ почечную лоханку. Надрѣзавъ кортикальный слой почки, операторъ зондомъ отдѣлилъ камень и извлекъ его пальцами. Кровотеченіе незначительное.	Леченіе безгнилостное. 20/vii 83 *рана представлялась* уже вполнѣ *зажившею*. Однакоже, 6 мѣсяцевъ спустя больной все еще выдѣлялъ кровь мочею. 10/xi 84, т. е., 16 мѣсяцевъ послѣ операціи *больной чувствовалъ себя хорошо*, исключая тѣхъ дней, когда онъ чрезмѣрно утомлялся.	Этотъ случай, будучи представленъ «Клиническому Обществу въ Лондонѣ», вызвалъ предположеніе о возможности возврата камня въ той же лѣвой почкѣ, вслѣдствіе глубокихъ пораженій всей субстанціи этого органа. Д-ръ Бэруель высказался даже въ пользу вылущенія всей почки въ подобныхъ случаяхъ почечныхъ камней.
9	Knowsley Thornton, «Brit. Med. Journ.», 1885, т. II, стр. 220 и «The Lancet», 1887, т. I, стр. 370.	Молодая женщина 23 лѣтъ.	До операціи предполагалось встрѣтить сосудистую опухоль почки (a strumons kidney) и потому операторъ приступилъ собственно къ вылущенію всей правой почки чрезъ лапаротомію; но когда, по обнаженіи послѣдней, констатированъ былъ камень, то сдѣлано было еще	*Разрѣзъ поясничный*; по удаленіи перемычекъ, *извлеченъ былъ большой камень*. Въ рану поясничной области вставленъ былъ дренажъ.	Безгнилостно. *Выздоровленіе.*	Вѣсъ извлеченнаго камня 2 унціи=960 гранамъ (англійскаго вѣса).

10	Victor Horsley, «British Med. Journ.», 1885, т. II, стр. 608.	Женщина среднихъ лѣтъ.	Четыре года страдала почечными коликами, моча вонючая.	*Извлеченъ большой камень.* Вставленъ былъ дренажъ.	Безгнилостно. Рана зажила въ теченіи 5-ти дней, кромѣ мѣста прохожденія дренажной трубки.—*Выздоровленіе.*	Извлеченный *камень* вѣсилъ *2¹/₄ унціи*—или *1080* гранъ.
11	Edmund Owen, Ibid., стр. 701.	19-лѣтній мужчина — рабочій.	Съ годъ страдаетъ почечными коликами; боли часто отзываются въ лѣвомъ сѣменномъ канатикѣ. Моча густа, кофейнаго цвѣта. Haematuria появляется и при покойномъ лежаніи въ постели.	*Разрѣзъ* въ 4′ длины *параллельно лѣвому послѣднему ребру.* Переднія волокна m. latissimi dorsi и m. m. abdominales перерѣзаны. Пальцемъ фиксирована передняя поверхность обнаженной почки, зондомъ *обнаженъ камень и извлеченъ пинцетомъ.*	Противугнилостное леченіе сулемой. Рана зажила безъ нагноенія. Боли исчезли. 4¹/₂ мѣсяца послѣ операціи *оперированный* былъ *вполнѣ здоровъ.*	Камень имѣлъ форму «червоннаго туза» и покрытъ маленькими шипами; онъ вѣсилъ 48 гранъ.
12	Bennett May, «Brit. Med. Journ.», 1885, т. II, стр. 837.	Юноша 20 лѣтъ.	Явные признаки почечныхъ коликъ, появившихся на 14-мъ году.	Разрѣзъ почки и извлеченіе камня; *значительное кровотеченіе*, которое унялось только послѣ сильной тампонаціи.	Появился послѣдовательный *гнойный перинефритъ*, а затѣмъ піэмія и *смерть* на 3-ю недѣлю.	Этотъ и послѣдовательные два случая сообщены авторомъ Обществу «Бирмингэмскихъ врачей» и потому свѣдѣнія о нихъ очень кратки.
13	Тотъ-же авторъ, Ibidem.	Мужч. 35 л.	Явленія почечныхъ коликъ въ теченіи десяти лѣтъ; при пробномъ проколѣ (acupunctura) ощущался небольшой камешекъ въ почкѣ.	Весьма *небольшой разрѣзъ*, чрезъ который извлеченъ былъ небольшой камень; за нимъ вышелъ другой бо́льшихъ размѣровъ камень.	Скорое *выздоровленіе*; оперированный ве способенъ къ тяжелой работѣ.	Самъ оперированный былъ представленъ членамъ вышеупомянутаго Общества. 8/х 1885.
14	Тотъ-же авторъ, Ibid.	Женщина 23 лѣтъ.	Рѣзко выраженные припадки почечной колики, продолжавшіеся 1¹/₂ года. 6 недѣль до операціи выдѣлился *per urethram* небольшой камень, послѣ чего припадки утихли, но затѣмъ вновь появились.	Операція—*nephrolithotomia;* ни ощупываніемъ, ни акупунктурой нельзя было опредѣлить мѣстоположенія камня; послѣдній такъ и не былъ найденъ.	Скорое *заживленіе раны*, но съ возобновленіемъ припадковъ почечной колики.	—
15	Leoyd, Ibid., стр. 838.	Мужч. 20 л.	Почечныя колики въ теченіи 4-хъ лѣтъ дѣлали	*Разрѣзъ въ поясничной области* и извлеченіе кам-	*Быстрое выздоровленіе.* Моча кислая, въ нормаль-	Этотъ случай былъ сообщенъ авторомъ въ «Мид-... 1885

	Journ.», т. I, 1886, стр. 19.		причинявшимъ боль и haematuriam.	въ конскій бобъ (horse-bean).	валъ себя *вполнѣ здоровымъ*.	намъ «Манчестерскаго Общества врачей» 2/xii 1885.
17	Kendal-Franks, Ibid., стр. 994.	Мужчина 28 лѣтъ.	Шесть лѣтъ страдалъ почечнымъ камнемъ въ лѣвой почкѣ; обильное количество гноя въ мочѣ.	*Поясничный разрѣзъ*; большой камень занималъ лѣвую почечную лоханку.—Почечная ткань разрѣзана; полость раны дренажирована.	Рана зажила безъ нагноенія. Темп. не подымалась выше нормы (99,4° F.). Моча приняла нормальный видъ и составъ. *Выздоровленіе*.	Вѣсъ извлеченнаго камня былъ равенъ 171, 3 грана.
18	Charles Pickering, «Brit. Med. Journ., 1886, т. II, стр. 860.	Мужчина 23 лѣтъ—желѣзнодорожный работникъ.	Еще въ 1869 г. былъ діагностицированъ почечный камень; по 1877 часто страдалъ коликами. Съ 1877—1879 г. чувствовалъ себя вполнѣ здоровымъ, а затѣмъ опять припадки усилились; моча представлялась совершенно темною. При поступленіи въ клинику больной смотрѣлъ крайне анэмичнымъ и жаловался на острую боль въ правой поясницѣ. Въ мочѣ можно было видѣть гной только при микроскопическомъ изслѣдованіи.—Чтобы съ увѣренностью опредѣлить камень, д-ръ Пикерингъ сдѣлалъ слѣдующій опытъ: *онъ заставилъ больнаго соскочить со стула, думая этимъ вызвать haematuriam*; но, кромѣ острой боли и ощущенія крайней слабости, этотъ опытъ ничего не причинилъ; крови въ мочѣ не было.	4/iv 86 сдѣлана *операція nephrolithotomia: поясничный разрѣзъ*; при ощупываніи пальцемъ операторъ ощупалъ въ почкѣ твердое тѣло, которое еще яснѣе опредѣлилось уколомъ иглы. *Разрѣзавъ сумку почки* ножемъ, онъ ввелъ опять иглу и по ней тупой пинцетъ, которымъ онъ легко захватилъ камень и извлекъ его чрезъ разорванную рану въ почечной ткани. Въ наружную рану вставленъ былъ дренажъ. Вся операція производилась при строгомъ выполненіи антисептики.	Оперированный потерпѣлъ сильное потрясеніе (shock); но вскорѣ оправился; темп. оставалась нормальною. Онъ лежалъ въ постели 3 недѣли, послѣ чего онъ всталъ *вполнѣ здоровымъ*. Суточное количество мочи не превышало 40 унцій.	Извлеченный камень былъ величиною въ косточку сливы и имѣлъ вѣсу 40 гранъ.

*

19	Henry Morris, «Brit. Med. Journ.», 1887, т. I, стр. 282.	Мужчина 42 лѣтъ.	Десять лѣтъ страдалъ почечными коликами, побудившими больнаго злоупотреблять алкоголемъ и морфіемъ.	15/v 1886 ему была сдѣлана *операція nephrolithotomia; разрѣзъ поясничный* на правой сторонѣ; *извлеченъ шершавый камень;* гноя въ почкѣ не было.	*Рана зажила первымъ натяженіемъ;* моча чрезъ рану не показывалась; въ мочѣ была кровь. Къ концу 3-й недѣли *выздоровленіе.* Морфій и алкоголь оставилъ.	Извлеченный камень имѣлъ круглую форму и вѣсилъ $23^1/_2$ грана.
20	Тотъ-же авторъ. Ibid., стр. 281.	Женщина 40 лѣтъ.	*Старый свищъ въ правой поясничной области;* больная очень слаба, нѣсколько разъ отходили почечные камни; въ послѣднее время колики и *въ лѣвой* почечной области; альбуминурія.	18/vi 86 разрѣзомъ чрезъ поясничную мышцу обнажена была *правая* почка; послѣдняя представлялась твердою, уменьшенною; по разрѣзываніи почки выдѣлилось *нѣсколько малыхъ камешковъ и куски membranae pyogenae.*	Боли въ *лѣвой* почкѣ усилились послѣ операціи; на 6-й день—*смерть.*	При *вскрытіи* найдено: *въ лѣвой почкѣ* двѣ кисты, наполненныя гноемъ, а въ одной кистѣ лежало *до 200 мелкихъ камешковъ. Правая почка* представлялась сократившеюся, сморщенною, твердою и въ толщѣ ея найдены были еще нѣсколько камешковъ.
21	Berkeley Hill, «The Lancet», 1885, т. I, стр. 1081.	Женщина 40 лѣтъ.	Три мѣсяца страдаетъ почечными коликами въ правой поясничной области; боли появляются внезапно и сопровождаются тошнотой. Моча густа, красна и содержитъ кровь. Удѣльный вѣсъ ея колебался между 1080 и 1010; реакція кислая.	11/iii 85 авторъ *обнажилъ* правую *почку* чрезъ поясничный разрѣзъ и въ нѣсколькихъ мѣстахъ дѣлалъ уколы иглой, но камня не ощупалъ; затѣмъ онъ пальцемъ обошелъ всю поверхность почки и тогда только онъ *ощупалъ* въ нижней части органа, *вблизи hilus renalis, твердое тѣло;* въ этомъ мѣстѣ онъ сдѣлалъ разрѣзъ ножемъ и увидѣлъ конкрементъ, окруженный толстымъ слоемъ волокнистой ткани, откуда онъ *извлекъ камень* ложечкой. Вставлена дренажная	Чрезъ рану моча не вытекала. Въ теченіи первыхъ сутокъ количество мочи=12 унцій, въ которомъ содержалось 39 гранъ уратовъ; на вторыя сутки оперированная выдѣлила уже 27 унцій мочи, съ 106 гранами уратовъ. Съ того времени количество мочи со дня на день увеличивалось. *Рана протекала безгнилостно.* 15/v 85 больная представилась автору и передавала, что она чувствуетъ себя здоровою, но что по временамъ она ощущаетъ еще боли; въ мочѣ	Извлеченный камень вѣсилъ 142 грана; онъ имѣлъ неправильную коническую форму; у основанія онъ равнялся дюйму, а въ длину—двумъ дюймамъ; у верхушки его замѣтна была плоская фасетка что дало поводъ думать о присутствіи еще втораго камня въ той же почкѣ. Однако, тщательное изслѣдованіе во время операціи не привело къ результату: камень не былъ найденъ. Вотъ почему авторъ полагаетъ, что вторичныя боли могутъ быть послѣд-

		ниицъ.	вой поясничной области; жаръ, болѣзненность и выбленіе. Послѣ вскрытія этого нарыва, выдѣлявшаго много гноя, остался небольшой свищъ; въ мочѣ замѣчался еще гной. При введеніи зонда чрезъ свищевое отверстіе операторъ ощущалъ въ глубинѣ камень.		этотъ мальчикъ представился автору, который нашелъ рану вполнѣ зажившею; но въ области правой поясницы образовалась впадина, куда легко было ввести кулакъ.	
23	Тотъ-же авторъ. Ibidem.	Женщина 22 лѣтъ (индіанка).	Около года страдаетъ коликами въ лѣвой поясничной области, гдѣ образовалась опухоль. Въ мочѣ находится кровь; отходили мочевые сростки (gravel). Гнойникъ пробился чрезъ кожу и образовалъ два свищевыхъ отверстія, изъ которыхъ одно закрылось, а чрезъ другое можно было зондомъ прощупать въ глубинѣ камень.	Расширивъ свищевой каналъ по зонду и вставивъ въ разрѣзъ палецъ, *авторъ нашелъ камень*, который ему пришлось освободить ногтемъ отъ окружающей плотной ткани, что *сопровождалось значительнымъ кровотеченіемъ*. Помощью пинцета *извлеченъ былъ камень*.	Два дня темп. держалась выше нормы—38,4° (Ц.); мочей отдѣлялись гной и кровь. Затѣмъ больная стала поправляться и впослѣдствіи *выздоровѣла*. Въ области поясницы оперированной стороны образовалась глубокая впадина.	Извлеченный камень былъ круглой формы и вѣсилъ 96 гранъ.
24	Bruce Clarke, «The Lancet» 1885, т. II, стр. 844.	Женщина 42 лѣтъ.	Еще три года назадъ она выдѣляла мочу кофейнаго цвѣта, страдала коликами. При поступленіи въ St.-Bartholomew's hospital 13/IV 85, у нея было два свищевыхъ отверстія въ правомъ боку у послѣдняго ребра. Моча темная, уд. вѣсъ 1022; большое количество бѣлка; крови, сахара нѣтъ въ мочѣ; по временамъ въ мочѣ показывается гной; реакція силь-	Операція состояла въ *разрѣзѣ* свища *на высотѣ послѣдняго ребра*. Зондомъ ощущался край печени; при этомъ больная впала въ *сильный обморокъ* и рѣшено было не продолжать операцію.	*Смерть* отъ перитонита на второй день.	Вскрытіе *post mortem* показало: свищъ имѣлъ два хода—одинъ, который былъ вскрытъ, велъ къ печени, гдѣ были разорваны старыя сращенія, что и было причиною смерти. *Правая* почка была окружена толстою клѣтчаткою, въ нее велъ второй ходъ свища, чрезъ который ясно ощущался камень въ самой почкѣ; другой камень лежалъ у выхода мо-

			но щелочная. Жестокія боли въ правомъ боку.			четочника, который представлялся шириною въ мизинецъ.
25	Clement Lucas, «The Lancet», 1885, т. II, стр. 868.	Женщина?	Четыре мѣсяца назадъ у больной была *удалена вся правая почка* вслѣдствіе hydronephrosis и разрушенія почки большимъ камнемъ; оперированная быстро оправилась и выздоровѣла. 25/x 1885 у этой же женщины показались *явленія урэміи:* тошнота, отсутствіе мочи въ пузырѣ, сильныя головныя боли, упадокъ силъ и сонливость; эти явленія были приписаны страданію *лѣвой* почки.	29/x 85 тотъ же авторъ *обнажилъ лѣвую почку и извлекъ оттуда коническій камень.* Полное отсутствіе мочи длилось 102 часа. Въ рану вставленъ былъ дренажъ.	Тошнота и головныя боли тотчасъ прекратились; чрезъ дренажъ стала выдѣляться моча; 5 дней послѣ операціи оперированная себя чувствовала вполнѣ хорошо. *Выздоровленіе.*	Этотъ случай можно назвать *unicum*—на одной и той же особѣ были сдѣланы *nephrectomia* и *nephrolithotomia.* Извлеченный при послѣдней операціи камень имѣлъ у основанія $^3/_8$ дюйма, а въ длину $^7/_8$ дюйма.
26	John Croft, «The Lancet», 1886, т. I, стр. 589.	Женщина 38 лѣтъ.	Четыре года страдаетъ почечными коликами. При поступленіи въ больницу у нея былъ констатированъ въ правой поясничной области *громадный гнойникъ,* распространившійся спереди до пупка, книзу—до гребешка подвздошной кости. Больная лихорадила. Она мочилась съ большимъ трудомъ; особенно сильна была боль въ началѣ акта мочеиспусканія, а затѣмъ—по выпусканіи мочи—боли утихали. Когда громадный гнойникъ вскрыли, то вытекла масса густаго гноя, но ощупы-	21/xi 86. Д-ръ Крофтъ подъ наркозомъ расширилъ *разрѣзъ вверхъ до почки, а внизъ до Пупартовой связки;* разсѣкъ мышцы и фасціи и обнажилъ правую почку, которая давала зыбленіе. Продолговатымъ разрѣзомъ *онъ вскрылъ почечную лоханку и извлекъ два куска камня.* Полость почки затампонирована іодоформенной марлей; дренажъ; безгнилостная повязка.	Темп. поднималась только до 38,8 (Ц.), самочувствіе тотчасъ же улучшилось. Выписалась изъ больницы *вполнѣ здоровой.*	Извлеченный камень имѣлъ форму гимнастической гири, т. е., въ средииѣ была узкая шейка, а по концамъ послѣдней сидѣли двѣ колбы. Вѣсъ высушеннаго камня=50 гранъ; ядро его состояло изъ уратовъ, а въ окружности фосфаты и оксалаты.

				ка не была найдена; второй разрѣзъ по срединной линіи *laparotomia*—и чрезъ него введена была рука въ полость живота, тогда найдена была *атрофированная и чрезвычайно подвижная почка;* послѣдняя была выведена чрезъ поясничный разрѣзъ и въ ней найдено было два маленькихъ камня.		почки. Но, въ виду клинической картины явнаго присутствія камня въ почкѣ и общаго плана операціи, я позволилъ себѣ включить этотъ случай въ таблицу *nephrolithotomia.*
28	Knowsley, Thornton, «The Lancet», 1887, т. I, стр. 370.	Женщина 59 л. француженка.	Очень слабаго здоровья. Долговременное страданіе обѣихъ почекъ. Злоупотребленіе морфіемъ.	*Комбинированный разрѣзъ* (см. № 9 этой табл.); весьма небольшой камень.	*Смерть* въ теченіи первыхъ сутокъ.	Авторъ объясняетъ причину летальнаго исхода упадкомъ силъ вслѣдствіе продолжительнаго употребленія морфія.
29	Тотъ-же авторъ. Ibidem.	?	?	Приступлено было къ *удаленію всей почки*, но когда это не удалось вслѣдствіе обильныхъ сроещній, а въ толщѣ почки найденъ былъ большой камень, то послѣдній былъ извлеченъ чрезъ *поясничный разрѣзъ.*	*Выздоровленіе,* но съ оставшимся свищемъ въ поясницѣ.	—
30	Тотъ же авторъ [1]) Ibid.	Военный офицеръ.	?	*Комбинированный способъ* сѣченія покрововъ.	Полное *выздоровленіе.*	—
31	Gardner «The Lancet», 1887, т. I, стр. 1149.	Мужчина 23 лѣтъ.	Три года тому назадъ получилъ ушибъ въ поясницу, послѣ чего показалась *кровавая моча.* Съ этого времени страдалъ коликами въ лѣвой почкѣ, гэматуріей и частымъ мочеиспусканіемъ; боли отдаются въ лѣвомъ яичкѣ.	*Поясничный разрѣзъ;* легко найденный камень извлеченъ цѣликомъ.	*Выздоровленіе.*	Извлеченный камень состоялъ изъ оксалатовъ. Замѣтимъ еще, что этотъ случай имѣлъ мѣсто въ Австралійской колоніи Англіи.

[1]) Сзорнтонъ сообщилъ «Клиническому Обществу въ Лондонѣ», что съ 1879 по 1887 г. онъ сдѣлалъ *семь* случаевъ *nephrolithotomia;* четыре изъ нихъ вошли въ эту таблицу подъ №№ 9, 28, 29, 30; прочіе же три случая описаны въ доступныхъ мнѣ литературныхъ источникахъ весьма кратко: первая nephrolithotomia кончилась летально вслѣдствіе бугорчатки обѣихъ почекъ; другіе два случая, оперированные комбинированнымъ способомъ, выздоровѣли.

32	Frederick Lange, «Annals of Surgery», 1887, т. V, стр. 557.	Женщина 53 лѣтъ.	Pyonephrosis; никакихъ явленій коликъ. 3 недѣли до-операціи больная нанесла себѣ ушибъ въ поясницу, послѣ чего образовалась опухоль.	Приступлено было къ nephrectomia, но когда въ почкѣ *ощущался камень*, то послѣдній былъ *вылущенъ* подъемникомъ.	Оперированная подавала большія надежды на *выздоровленіе*.	Большой камень носилъ на себѣ слѣды почечныхъ чашекъ (calyces renales), въ толщѣ которыхъ этотъ конкрементъ сидѣлъ весьма плотно.
33	Francis Shepherd, «Annals of Surgery» 1887, т. VI, стр. 185.	Мужчина 26 лѣтъ.	Семь лѣтъ почечныя колики; никакой опухоли; гной въ мочѣ доходилъ до 25%.	*Пробный разрѣзъ* въ лѣвой поясницѣ, съ разсѣченіемъ почечной ткани, открылъ большой, *твердый камень*, который былъ извлеченъ съ большимъ трудомъ. Такъ какъ нижняя часть почки на видъ представлялась здоровою, то авторъ рѣшился не вылущать почку.	Послѣ операціи больной чувствовалъ себя лучше; рана на поясницѣ, однакоже, не прекращала гноиться въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ. Оперированный *умеръ отъ гнилокровія*.	Извлечен. камень имѣлъ вѣсу 4 ун. и 7 драхмъ; въ длину онъ=3½ дюйма; въ окружности=9 дюйм. При *вскрытіи* найдено: нѣсколько кистъ, сообщающихся между собою, сидѣли въ верхней оставленной части почки и заключали въ себѣ 10 унцій гноя (ихора); кромѣ того, въ нихъ найдено множество камешковъ величиною отъ боба до грецкаго орѣха.
34	Louis Mac Lane Tiffany. Ibidem, стр. 186.	Женщина 27 лѣтъ.	Почечныя колики въ теченіи многихъ лѣтъ; по временамъ гной въ мочѣ. Будучи *на 3-мъ мѣсяцѣ беременности*, больная упала, послѣ чего боли стали учащаться и усиливаться. Никакой опухоли или гнойника нельзя было прощупать. Діагнозъ—calculus renalis.	*Поясничный разрѣзъ*, обнаженіе лѣвой почки; *найденъ гнойникъ* въ Мальпигіевой пирамидѣ (?), отверстіе которой замыкалось *камнемъ*; по извлеченіи послѣдняго, рана промывалась 0,004% сулемы; дренажъ въ лоханку почки; іодоформенная повязка.	*Выздоровленіе*, не смотря на существованіе 5-мѣсячной беременности.	Извлеченный камень состоялъ изъ щавелевокислой извести и вѣсилъ 30 гранъ.
35	Benett May, «Brit. Med. Journ.», 1888, т. I, стр. 358.	Молодой человѣкъ.	*Haematuria* въ теченіи 8 лѣтъ; почти безпрерывныя почечныя колики. Послѣдній годъ больной вынужденъ былъ оставаться всегда въ постели. Обильное количество гноя въ мочѣ.	Удалено изъ лѣвой почки *4 камня* небольшой величины. — Почка была расширена.	Быстрое *выздоровленіе*. Способенъ работать.	Извлеченные камешки имѣли фасетки и всѣ вмѣстѣ вѣсили 12 гранъ.
36	Herbert Page, «Brit.	Мужчина 22 лѣтъ.	10 лѣтъ страдалъ почечными коликами [illegible]	15/хп 86 къ *nephroli-*	Всѣ четыре операціи	Этотъ случай былъ со-

	стр. 155.		больной камень per litho- tomiam lateralem peri- nei. Колики продолжались. Въ 1886 удаленъ *второй* камень per lithotomiam medianam. Колики продол- жались и потому приступ- лено было.	вой почкѣ, съ тошнотой и высокой темп. 25/п 87 сдѣ- лана вторая *nephrolithoto- mia dextra;* камня не най- дано, но выпущено много гноя.	*thram* четыре малыхъ ка- мешка. Полное *выздоров- леніе.*	дебаты.
37	Hayes Ag- new, «An- nals of Surge- ry», 1888, т. VIII, стр. 41.	Мужчина 38 лѣтъ.	10 лѣтъ страдалъ почеч- ными коликами; моча гной- ная съ примѣсью крови и почечнаго эпителія. Діаг- нозъ—calculus renalis sin.	*Поясничный разрѣзъ* въ лѣвой сторонѣ; *вскрытіе почки* дало обильное коли- чество гноя и два камня; одинъ помѣщался въ по- чечной лоханкѣ, другой— въ мочеточникѣ. Антисеп- тическое леченіе.	Быстрое *выздоровленіе.*	Извлеченные камни имѣ- ли вѣсу *473* грана!
38	Andrew Mac Cosh, Ibidem, стр. 42.	Женщина 28 лѣтъ.	Съ дѣтства страдала ко- ликами въ правой почкѣ. Распознаваніе болѣзни не- увѣренное.	*Поясничный разрѣзъ*, об- наженіе правой почки и извлеченіе камня. Опера- ція усложнилась неправиль- нымъ положеніемъ почки: она помѣщалась на три дюйма ниже обыкновеннаго положенія.	Тоже.	Вѣсъ камня=120 гранъ.
39	Pick, «The Lancet», т. I, стр. 16.	Мужчина- 23 лѣтъ, по лировщикъ мебели.	4 года назадъ больной впервые почувствовалъ ко- лики въ лѣвой почкѣ; въ мочѣ показалась кровь; впослѣдствіе отходили ка- мешки (gravels) чрезъ мо- чеиспускательный каналъ. Кромѣ того, этотъ больной много разъ лечился въ боль- ницахъ Лондона отъ пус- тулезнаго дерматита золо- тушнаго характера.	хп. 87. Пикъ рѣшился оперативнымъ путемъ уда- лить камни изъ почекъ, причинявшіе больному же- стокія страданія. *Пояснич- ный разрѣзъ* со вскрытіемъ почки; *удаленъ камень,* си- дѣвшій однимъ угломъ въ мочеточникѣ и двумя дру- гими углами въ почечныхъ чашкахъ. — Антисептиче- ское леченіе.	Нѣсколько дней послѣ операціи больной началъ страдать воспаленіемъ лег- кихъ. Рана въ поясницѣ не заживала, чрезъ нее вы- дѣлялась моча. Чрезъ мѣ- сяцъ отошли 3 камешка per urethram. На 4-й мѣ- сяцъ послѣ операціи боль- ной *умеръ* отъ чахотки.	Вскрытіе *post mortem* показало: миліарные бугор- ки въ легкихъ; въ пояс- ничной мышцѣ гнойникъ, не имѣвшій сообщенія ни съ почкою, ни съ мочеис- пускательнымъ каналомъ. *Правая почка здорова;* въ оперированной почкѣ нахо- дился еще небольшой ка- мень въ лоханкѣ; pyelitis.
40	John Chie- ne, см. *наб- люденіе LV.*	Мужчина 29 лѣтъ.	4 года почечныя колики. Въ мочѣ бѣлокъ, гной и кровь; цвѣтъ мочи, по вре- менамъ, темно-бурый. Ни- какой опухоли.	*Поясничный разрѣзъ*; оты- сканіе камня акупунктурой; обнаженіе камня ногтемъ; вылущеніе камня щипцами. Антисептическое леченіе.	Теченіе раны асептиче- ское; темп. нормальна; сроценіе кожнаго разрѣза *per primam.* Полное *выздо- ровленіе.*	Вѣсъ извлеченнаго кам- ня=48 гранамъ; составъ его: щавелевокислая из- весть съ примѣсью ура- товъ.

Составленіемъ вышеприведенной таблицы XXII я имѣлъ въ виду показать читателю, во-первыхъ, что проф. Чійне, хотя и не можетъ быть причисленъ къ числу новаторовъ, которые стремятся удивить аудиторію своимъ оперативнымъ искусствомъ въ производствѣ новыхъ операцій, тѣмъ не менѣе, онъ, въ подходящихъ случаяхъ, не отказывается отъ самыхъ сложныхъ оперативныхъ пріемовъ, обѣщающихъ успѣхъ больному; а во-вторыхъ, я желалъ обратить вниманіе русскихъ хирурговъ на *почечное камнесѣченіе*, какъ на оперативный методъ, успѣвшій въ весьма короткое время (собственно говоря, въ теченіи послѣднихъ 4-хъ лѣтъ) завоевать себѣ прочное положеніе въ клинической хирургіи Англіи.

Разборъ клиническ. явленій Nephrolithiasis.

Въ виду этой послѣдней цѣли я намѣренъ здѣсь подвести итоги тѣмъ наблюденіямъ, которыя собраны мною въ таблицѣ XXII и затѣмъ представить краткій очеркъ техники операціи *nephrolithotomia*.

Изъ *сорока* представленныхъ случаевъ почечныхъ камнесѣченій, произведенныхъ исключительно великобританскими хирургами, *шесть* кончилиись *летально* (именно случаи 12, 20, 24, 28, 33 и 39), изъ коихъ послѣдній (39) больной умеръ собственно отъ чахотки, которая была діагностицирована еще до операціи; кромѣ того, одинъ случай (№ 14) имѣлъ сомнительный исходъ. Слѣдовательно, *сорокъ почечныхъ камнесѣченій въ рукахъ британскихъ хирурговъ дали 33 выздоровленія* — результатъ весьма успѣшный. Еще болѣе утѣшительнымъ представится этотъ результатъ, если мы обратимъ вниманіе на вѣсъ, величину, форму и составъ извлеченныхъ камней, т. е., на данныя, отмѣченныя нами въ послѣдней рубрикѣ.

Вѣсъ почечныхъ камней.

Вѣсъ извлеченныхъ чрезъ почечный разрѣзъ камней колебался отъ 27 гранъ до 1927 гранъ или 4 унціи и 7 гранъ (англійскаго вѣса); послѣдній наибольшаго вѣса камень былъ извлеченъ Шефердомъ (см. № 33); неудивительно, что извлеченіе изъ почки инороднаго тѣла такихъ громадныхъ размѣровъ повлекло за собою различныя осложненія въ формѣ гнойныхъ затековъ и даже гнилокровія. Но, рядомъ съ этимъ, мы видимъ, что весьма увѣсистые камни въ 960 и даже въ 1080 гранъ (какъ случаи подъ №№ 9 и 10) кончились весьма успѣшно.—При чтеніи подобныхъ наблюденій, невольно рождается вопросъ, мыслимо-ли допустить, чтобы плотный (щавелевокислой извести) камень, величиною въ косточку сливы до волошскаго орѣха и больше, могъ выдѣлиться per viam naturalem? — Конечно, нѣтъ! Правда, мы знаемъ, что почечныя лоханки способны растянуться до неимовѣр-

ныхъ границъ и начала мочеточниковъ при такихъ условіяхъ могутъ достигнуть объема мизинца, какъ, напр., въ случаѣ подъ № 24; но при всемъ-томъ объемистое инородное тѣло не выдѣлится изъ организма безъ значительныхъ и подчасъ весьма опасныхъ поврежденій въ тканяхъ всего мочевыдѣлительнаго тракта.

Не слѣдуетъ также упускать изъ виду форму мочевыхъ сростковъ, образующихся въ почкѣ. Нерѣдко они представляются шероховатыми, бугристыми, въ видѣ тутовой ягоды; такое инородное тѣло—при прохожденіи чрезъ hilus renalis—разрываетъ эпителіальный покровъ послѣдняго и вызываетъ обильное кровотеченіе. Вотъ почему больные, подверженные почечнымъ коликамъ, обыкновенно выдѣляютъ кровавую мочу и нерѣдко представляются весьма анэмичными субъектами. Далѣе, замѣтимъ, что почечные сростки имѣютъ наклонность принимать треугольную форму, въ видѣ «червоннаго туза» (№ 11) или «сердца» (heartshaped—№ 32 и 39), причемъ острые углы внѣдряются въ почечныя чашечки или въ выходное отверстіе мочеточника и, такимъ образомъ, герметически запружаютъ токъ мочи. Вотъ почему въ такихъ случаяхъ больные вовсе или весьма мало выдѣляютъ мочу нормальнымъ путемъ (какъ, напр., случаи 21, 25, 40 и другіе). Наконецъ, встрѣчаются еще весьма затѣйливыя формы почечныхъ камней, какъ, напр., въ формѣ «гимнастическихъ гирь» (случай подъ № 26) или въ видѣ «коралловой вѣтви»; таковой камень я самъ нашелъ случайно въ трупѣ одного больнаго [1]). Всѣ эти анатомо-патологическіе факты убѣждаютъ насъ, что операція *nephrolithotomia* вполнѣ законная, а въ иныхъ случаяхъ — единственная мѣра для избавленія страждущаго больнаго отъ вреднаго инороднаго тѣла изъ почки. Форма ихъ.

Что-же касается химическаго состава почечныхъ сростковъ, то въ собранныхъ мною наблюденіяхъ, къ сожалѣнію, не всѣ авторы [2]) приводятъ эти данныя. Я хочу этимъ сказать, что пока трудно рѣшить вопросъ, какія соли: щавелевокислыя, мочекислыя или фосфорнокислыя—преобладаютъ въ почечныхъ сросткахъ? А, между тѣмъ, рѣше- Химическій составъ.

---

[1]) Этотъ весьма интересный случай служилъ мнѣ матеріаломъ для научнаго сообщенія въ «Медицинскомъ Обществѣ въ Петербургѣ» въ 1875 г., членамъ котораго я демонстрировалъ прекрасный экземпляръ подковообразной почки, въ нѣдрахъ которой помѣщался многовѣтвистый камень громадныхъ размѣровъ.

[2]) Въ нѣмецкой литературѣ я нашелъ нѣкоторыя указанія относительно химическаго состава почечныхъ камней. Такъ, Герчель приводитъ анализы

ніе этого вопроса, я полагаю, способствовало-бы разъясненію нѣкоторыхъ клиническихъ явленій.

Характеръ почечныхъ коликъ.

Такъ, напримѣръ, мы знаемъ, что обыкновенно почечныя колики сопровождаются острыми, весьма тяжкими болями, которыя иногда прекращаются на весьма продолжительное время (цѣлые года); а затѣмъ эти боли возобновляются, повидимому, безъ всякой причины, продолжаются съ нѣкоторыми короткими перерывами весьма долго, причемъ эти боли носятъ отраженный характеръ — стрѣляющія боли въ паху, сѣмянномъ канатикѣ, въ яичкѣ и промежности и т. п. На другихъ больныхъ эти явленія выражаются съ самаго начала весьма бурно: кровавая моча, обильное количество гноя до 25% (см. случаи 33, 35 и друг. въ табл. XXII), почти безпрерывныя колики, побуждающія больныхъ не покидать постели и т. п. Короче, общая клиническая картина nephrolithiasis весьма разнообразна и потому распознаваніе болѣзни не всегда увѣренно; а отсюда, какъ прямое слѣдствіе, вытекаетъ — *не всегда возможно поставить точное показаніе къ операціи почечнаго камнесѣченія.*

Быть можетъ, твердые сростки щавелевокислой и мочекислой извести вызываютъ болѣе бурные припадки, нежели мягкіе камешки изъ фосфатовъ. Но, повторяю, собранныя мною наблюденія не даютъ мнѣ права предрѣшать вышепоставленный вопросъ,—для этого требуется большее число наблюденій и больше тщательныхъ указаній относительно химическаго состава почечныхъ камней.

двухъ камней, извлеченныхъ проф. Черни въ Гейдельбергской клиникѣ одинъ камень, вѣсомъ въ 1,5 грамма, гладкой формы, заключалъ въ себѣ:

фосфорнокислой извести	20%
мочевой кислоты	40 »
мочекислыхъ солей	15 »
воды	20 »
щавелевокислой извести	слѣды.

Другой камень, значительно меньшаго вѣса и величины, по высушиваніи состоялъ изъ:

углекислой извести	17%
фосфорнокислой извести	76 »
щавелевокислой извести	2 »
мочевой кислоты	слѣды
магнезіи	слѣды

Первый камень можно причислить къ уратамъ, второй—къ фосфатамъ, но встрѣчается еще третья форма — оксалаты, самые твердые конкременты (Herczel, *Ueber operative Behandlung der Nierensteine* «Wiener Med. Wochenschr.» 1887, №№ 51 и 52).

Шаткость діагноза влечетъ за собою и шаткость прогноза относительно выбора того или другаго оперативнаго метода. Во-первыхъ, иные англійскіе хирурги, какъ Сэорнтонъ, Бэруэллъ, Мэрчъ и друг. предполагаютъ, что въ иныхъ случаяхъ nephrolithiasis слѣдуетъ предпочитать *удаленіе* всей *почки* (операцію nephrectomia) предъ *вырѣзываніемъ камня* изъ больной почки (операціей nephrolithotomia); а во-вторыхъ, они предлагаютъ почечное камнесѣченіе производить per laparotomiam, или такъ назыв. *комбинированнымъ способомъ*, т. е., сначала сдѣлать чревосѣченіе по linea alba, отъискать почку, заключающую камень, убѣдиться ab oculo въ годности ея для функціи и затѣмъ только провести поясничный разрѣзъ (sectio lumbalis) для выведенія инороднаго тѣла изъ почки и для дренажированія раны. Другіе англійскіе же хирурги (и таковыхъ большинство) довольствуются однимъ *поясничнымъ разрѣзомъ* и, по обнаженіи больной почки, отъискиваютъ мѣстоположеніе камня помощью пробныхъ уколовъ длинной иглы (*acupunctura*); затѣмъ расщепляютъ тупыми инструментами (пинцетомъ, зондомъ или, просто, ногтемъ) почечную ткань, покрывающую найденное инородное тѣло, и вылущаютъ послѣднее острою ложечкою. Такъ поступали Чійне, Гэтчъ, Ланге и другіе. Правда, при такомъ, такъ сказать, консервативномъ способѣ вырѣзанія почечнаго камня, операторъ рискуетъ—либо вовсе не отъискать камня (напр., случаи подъ №№ 33, 36, 39), либо удалить только часть конкрементовъ, а другіе сростки оставить въ оперируемой почкѣ. Но, съ другой стороны, случаи Лукаса (№ 25) и Пэджа (№ 36) весьма убѣдительно доказываютъ, что сохраненіе оперируемой почки составляетъ иногда conditionem sine qua non. Первый изъ только-что названныхъ хирурговъ произвелъ у женщины nephrectomiam (удаленіе всей почки), которую больная перенесла благополучно, но два года спустя у той же женщины обнаружился камень въ другой почкѣ, вызвавшій весьма бурные припадки. Въ данномъ случаѣ вырѣзаніе второй почки, безъ всякаго сомнѣнія, было-бы равносильно присужденію больной къ смерти и, слѣдовательно, д-ру Лукасу ничего другаго не оставалось дѣлать, какъ на второй почкѣ произвести nephrolithotomiam; больная выздоровѣла и, по увѣренію автора, два года послѣ второй операціи, чувствовала себя вполнѣ здоровою. Еще болѣе поучителенъ случай Пэджа: одинъ и тотъ-же субъектъ четыре раза подвергался камнесѣченію—два раза вырѣзали камни изъ пузыря *per lithotomiam perinealem et medianam* и два раза—изъ правой и лѣвой почекъ; хотя

Различные способы почечнаго камнесѣченія.

при послѣдней *nephrolithotomia* не было найдено камня въ почкѣ, но таковой впослѣдствіи выдѣлился per urethram и оперированный выздоровѣлъ. Стало быть, сохраненіе почки имѣетъ свой raison d'être.

Сравнительная оцѣнка операцій nephrectomia и nephrolithotomia.

Я слишкомъ далеко уклонился-бы въ сторону отъ своей задачи, если бы я вздумалъ здѣсь проводить параллель между этими двумя новыми операціями—nephrectomia и nephrolithotomia. Но не могу не замѣтить, что оба эти нововведенія, не смотря на ихъ сходство въ названіяхъ, преслѣдуютъ совершенно различныя цѣли: первая *ампутируетъ* весьма важный органъ, вторая *резецируетъ* тотъ-же органъ; а всякая резекція, помимо физіологическаго преимущества, даетъ лучшее предсказаніе quoad vitam, нежели ампутація того-же органа.—Нѣкоторымъ подтвержденіемъ только-что сказаннаго можетъ служить случай nephrolithotomiae Мэкъ-Лэна (№ 34), который у пятимѣсячной беременной женщины вырѣзалъ камень изъ почки не только успѣшно, но совершенно безнаказанно для утробнаго младенца. Я смѣю думать, что вырѣзаніе всей почки съ перевязкою мочеточника и почечныхъ сосудовъ не могло-бы не вызвать выкидыша.

Интересны также указанія одного французскаго автора—Бродёра относительно сравнительной оцѣнки двухъ трактуемыхъ операцій—ампутаціи почки и резекціи почки. Этотъ авторъ въ своей диссертаціи [1]) сопоставилъ 327 случаевъ различнаго рода страданій почекъ, потребовавшихъ оперативнаго вмѣшательства; въ томъ числѣ 25 случаевъ операціи *nephrotomia*—при нахожденіи камня въ почкѣ—дали 23 выздоровленія, а 44 случая операціи *nephrectomia*—при нахожденіи камня въ почечной лоханкѣ—дали только 24 выздоровленія. Очевидно, что вырѣзаніе почки угрожаетъ жизни оперируемаго значительно больше, нежели разсѣченіе почки (nephrotomia).

Наконецъ, германскій хирургъ Герчель [2])—ученикъ проф. Черни въ Гейдельбергѣ, котораго онъ считаетъ изобрѣтателемъ операціи *почечнаго камнесѣченія*, имѣлъ случай наблюдать 6 разъ эту операцію въ теченіи послѣднихъ лѣтъ. Этотъ авторъ утверждаетъ, что при продолжительномъ страданіи почекъ (nephrolithiasis) вырѣзаніе одного лишь камня нерѣдко оказывается нецѣлесообразнымъ и потому въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ предпочитать операцію *nephrectomiam*. Но

[1]) Brodeur, *De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein*. Thèse. Paris 1886.

[2]) Herczel, *Ueber operative Behandlung der Nierensteine* (Wiener Med. Wochenschr. 1887, №№ 51, 52).

если почечное камнесѣченіе предпринять во время, т. е., вскорѣ послѣ неуспѣшнаго дѣйствія терапевтическаго леченія, то эта операція даетъ блестящіе исходы: изъ 29 подобнымъ образомъ оперированныхъ выздоровѣло 26 (по мнѣнію Герчеля).

Показанія къ почечному камнесѣченію.

Безъ сомнѣнія, что заблаговременно произведенная nephrolithotomia обѣщаетъ болѣе успѣха, нежели таковая, совершенная при гнойномъ pyelitide или при патологически перерожденной субстанціи всей почки. Но при современныхъ діагностическихъ средствахъ этой болѣзни—nephrolithiasis врачу весьма трудно въ свѣжихъ случаяхъ рѣшить вопросъ—когда слѣдуетъ отказаться отъ примѣненія внутреннихъ терапевтическихъ средствъ и приступить къ оперативному леченію?—Выше, я уже сказалъ, что клиническая картина интересующей насъ болѣзни весьма разнообразна: къ этому я долженъ присовокупить, что въ иныхъ случаяхъ свѣтлые промежутки, т. е., отсутствіе почечныхъ коликъ, нормальный составъ мочи, удовлетворительное самочувствіе и т. п. явленія продолжаются цѣлые годы; такого рода больные считаютъ себя совершенно выздоровѣвшими, и потому при возобновленіи припадковъ—вполнѣ естественно съ ихъ стороны не прибѣгать къ оперативному вмѣшательству раньше, чѣмъ не будутъ испробованы всякія другія средства. Такой выжидательный способъ леченія тѣмъ болѣе раціоналенъ, что во врачебной практикѣ извѣстны сотни случаевъ страданія почечными коликами, излеченныхъ одними лишь внутренними терапевтическими средствами. Но нерѣдки также и тѣ случаи, при которыхъ такое леченіе остается безуспѣшнымъ; тогда результатомъ всего этого является хроническое пораженіе мочеотдѣлительнаго органа, съ весьма глубокими измѣненіями въ тканяхъ не только почки, но и въ окружающихъ частяхъ и ближайшихъ органахъ.

Какъ поступать въ такихъ случаяхъ? Ампутировать ли почку или резецировать? Нѣмецкіе авторы—Черни [1]). Герчель [2]) и др. утверждаютъ, что *nephrectomia* (вырѣзываніе всей почки) даетъ лучшій исходъ, нежели *nephrotomia*. Противоположнаго мнѣнія англійскіе хирурги. Такъ, Клэркъ [3]) приводитъ 13 случаевъ вырѣзанія почки при вышеуказанныхъ условіяхъ и изъ нихъ только двое выздоровѣло; про-

---

[1]) См. Prof. Czerny. *Zur Exstirpation retroperitonealer Geschwülste* (Langenbeck's Archiv f. klinische Chirurgie», т. XXV, стр. 858 и слѣд. 1880).

[2]) l. c. (Wiener Medic. Wochenschr. 1887, № 52).

[3]) Bruce Clarke. *Nephrolithotomy and the treatment of kidneys in an advenced stage of suppuration* (см. Lancet, 1885, т. II, стр. 845).

чіе же 11 оперированныхъ умерли отъ причинъ, стоящихъ въ непосредственной связи съ техникою самой операціи, какъ-то: 2 больныхъ д-ра Бэркера умерли отъ шока 4 и 12 часовъ спустя послѣ операціи; случай д-ра Штокуэлля кончился летально вслѣдствіе непреодолимаго кровотеченія изъ почечной вены; у д-ра Мэрча оперированный умеръ отъ урэміи вслѣдствіе невозможности удалить всей почки; случай Элдера умеръ отъ шока или внутренняго кровотеченія; случай Петерса—отъ неукротимой рвоты; случай Ланге—отъ страданія другой почки; у Думрейхэра оперированный умеръ отъ коллапса—вслѣдствіе разрыва плевры во время операціи открылось неукротимое кровотеченіе; у Лефора больной умеръ отъ рвоты; наконецъ, въ двухъ остальныхъ случаяхъ операція nephrectomia не была окончена вслѣдствіе очевидной невозможности преодолѣть встрѣтившіяся на пути препятствія.

Далѣе, при обсужденіи вопроса *о показаніяхъ къ операціи nephrolithotomiae* въ «Клиническомъ Обществѣ въ Лондонѣ» нѣкоторые клиницисты приводили случаи, при которыхъ обильное нагноеніе въ капсулѣ и вновь образовавшаяся плотная волокнистая ткань до того измѣняютъ топографію операціоннаго поля, что дѣлается невозможнымъ отъискать самую почку [1]). Стало быть, трудно въ такихъ случаяхъ слѣдовать совѣтамъ Черни.

Діагностическіе оперативные пріемы Бэльфильда.

Наконецъ, я позволю себѣ еще привести мнѣніе одного американскаго хирурга.—Уильямъ Бэльфильдъ, исходя изъ точки зрѣнія, что раннее вмѣшательство оперативнаго леченія при страданіяхъ почекъ встрѣчаетъ часто препятствіе въ отсутствіи точныхъ діагностическихъ данныхъ, предлагаетъ во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ дѣлать поясничный разрѣзъ (sectio lumbalis), обнажить почку и изслѣдовать ее непосредственно пальцемъ; онъ называетъ это *digital exploration of the kidneys*. Этотъ авторъ мотивируетъ свое предложеніе слѣдующими соображеніями: 1) нѣкоторыя хирургическія страданія почекъ маскируются долгое время воспаленіемъ мочеваго пузыря (cystitis и т. п.); въ такихъ случаяхъ дифференціальная діагностика становится практически невозможной безъ непосредственнаго ощупыванія почки; 2) изслѣдованіе почки пальцемъ чрезъ поясничный разрѣзъ, произве-

---

1) Такъ проф. Godlee говоритъ: «An abscess formed around the kidney, which was opened; *but at the operation it was impossible to discover the kidney itself*» (Clinical Society of London. *Discussion on Nephro-lithotomy* «The Lancet» 1887, т. I, стр. 371).

денное съ соотвѣтственными мѣрами предосторожности, совершенно безопасно; а въ сравненіи съ изслѣдованіемъ мочеваго пузыря чрезъ разрѣзъ промежности первое—болѣе благопріятно. 3) Такая незначительная операція, произведенная въ раннемъ періодѣ болѣзни, можетъ въ иныхъ случаяхъ остановить процессъ, который впослѣдствіи потребуетъ nephrectomiam [1]).

И такъ, группируя всѣ эти факты вокругъ вышепоставленнаго нами вопроса, *какую изъ двухъ операцій—nephrectomia или nephrolithotomia — слѣдуетъ предпочитать вообще при почечныхъ камняхъ,—мы склоняемся въ пользу послѣдней.* Остается только пожелать, чтобы терапевты, на практическомъ поприщѣ которыхъ преимущественно циркулируетъ контингентъ больныхъ nephrolithiasis, болѣе тщательно разработали діагностическіе признаки этой болѣзни и, главное, относились съ большимъ довѣріемъ къ хирургическому вмѣшательству при почечныхъ коликахъ.

Хирургу же пока могутъ служить показаніемъ для оперативнаго вмѣшательства слѣдующія клиническія явленія: 1) опухоль въ области почки, при упорныхъ продолжительныхъ боляхъ въ одной сторонѣ поясницы, интермитирующаго характера, причемъ боли эти отдаются въ области паха и въ мошонкѣ; 2) кровавая моча; 3) отсутствіе камня въ пузырѣ при вышеуказанныхъ симптомахъ; 4) при существованіи камня въ почечной лоханкѣ всѣ эти припадки выражаются болѣе рѣзко и въ мочѣ осаждается обильное количество гноя.

Чтобы закончить свой очеркъ столь недавно завоеванной территоріи оперативной хирургіи, мнѣ необходимо еще, хотя бы вкратцѣ, представить технику операціи почечнаго камнесѣченія.

Техника операціи почечнаго камнесѣченія.

Техника почечнаго камнесѣченія (nephrolithotomia).—Вся операція распадается на три момента: а) *обнаженіе почки*, б) *отъисканіе камня* и в) *вылущеніе камня.*

а) обнаженіе почки.

а) *Обнаженіе почки* производится, по указаніямъ Гейдельбергскаго хирурга Симона [2]), впервые примѣнившаго на практикѣ операцію вылущенія почки (exstirpatio renis), т. е., разрѣзомъ въ поясничной области (sectio lumbalis). Для этого проводится на кожѣ разрѣзъ длиною въ 9—10 сант. отвѣсно (см. рис. 71 линію *ab*), по наружному краю

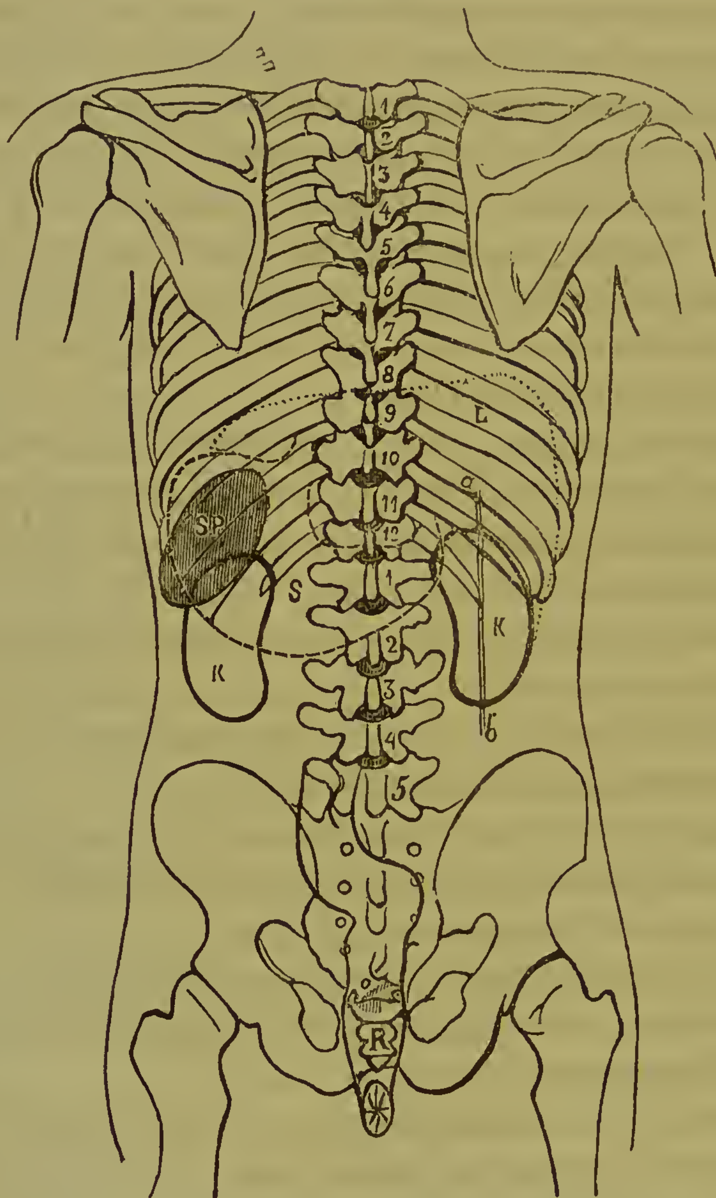
---

1) William Belfield. *Digital exploration of the kidneys* (см. New-York's Med. Rec. 1887, May 14).

2) Simon. *Chirurgie der Niere.* Erlangen. 1871.

крестцево-поясничной мышцы (m. sacro-lumbalis), т. е., почти на 3—4 поперечныхъ пальца кнаружи отъ остистыхъ отростковъ позвоночника; этотъ разрѣзъ начинается на высотѣ 10 или 11 ребра и ведется внизъ до средины разстоянія между 12 ребромъ и гребешкомъ подвздошной кости (см. рис. 71); при этомъ послойно разсѣкаются кожа

Рис. 71.



Схематическое представленіе топографіи почекъ и отношенія ихъ къ скелету (по Тревсу). *k, k*—почки; *L*—границы печени, обозначенныя пунктированною линіею; *S*—границы желудка, обозначенныя штрихованною линіею; *Sp*—селезенка; *R*—прямая кишка; *ab*—*линія разрѣза покрововъ при nephrolithotomia per sectionem lumbalem.*

съ подкожной клѣтчаткой, наружныя волокна m-li latissimi dorsi, fascia sacro-lumbalis; позади послѣдней обнажается крестцево-поясничная мышца. Если теперь пальцемъ слѣдовать по внутреннему краю по-

слѣдней вверхъ подъ 12-мъ ребромъ, то обнажается длинная и широкая мышца — m. quadratus lumborum; послѣдняя разсѣкается вдоль ея волоконъ; тогда легко ощупать нижній край отъискиваемой почки; въ иныхъ случаяхъ для этого потребуется еще разсѣчь поперечно нѣкоторыя волокна m-li quadratus lumborum или резецировать двѣнадцатое ребро (по Голлю) [1]. Необходимо помнить, что при этомъ моментѣ на полѣ операціи встрѣчаются кровеносные сосуды — art. costales (12-го ребра) и art. lumbales, — которые неминуемо разрѣзаются; ихъ необходимо тотчасъ же перевязать; въ противномъ случаѣ кровоизліяніе въ рыхлой надпочечной клѣтчаткѣ образуетъ значительные экстравазаты, которые будутъ маскировать топографію органовъ и тогда оператору весьма трудно оріентироваться въ его дальнѣйшихъ дѣйствіяхъ. Обыкновенно при затяжныхъ случаяхъ nephrolithiasis, въ этомъ слоѣ находится гной, который изливается наружу; не слѣдуетъ забывать — обратить вниманіе на составъ этого гноя, ибо въ немъ могутъ заключаться конкременты или даже отыскиваемое инородное тѣло — почечный камень. Если-же гноя нѣтъ, то, раздвигая забрюшинную клѣтчатку (fasciam retroperitonealem), удается обнажить заднюю поверхность оперируемой почки.

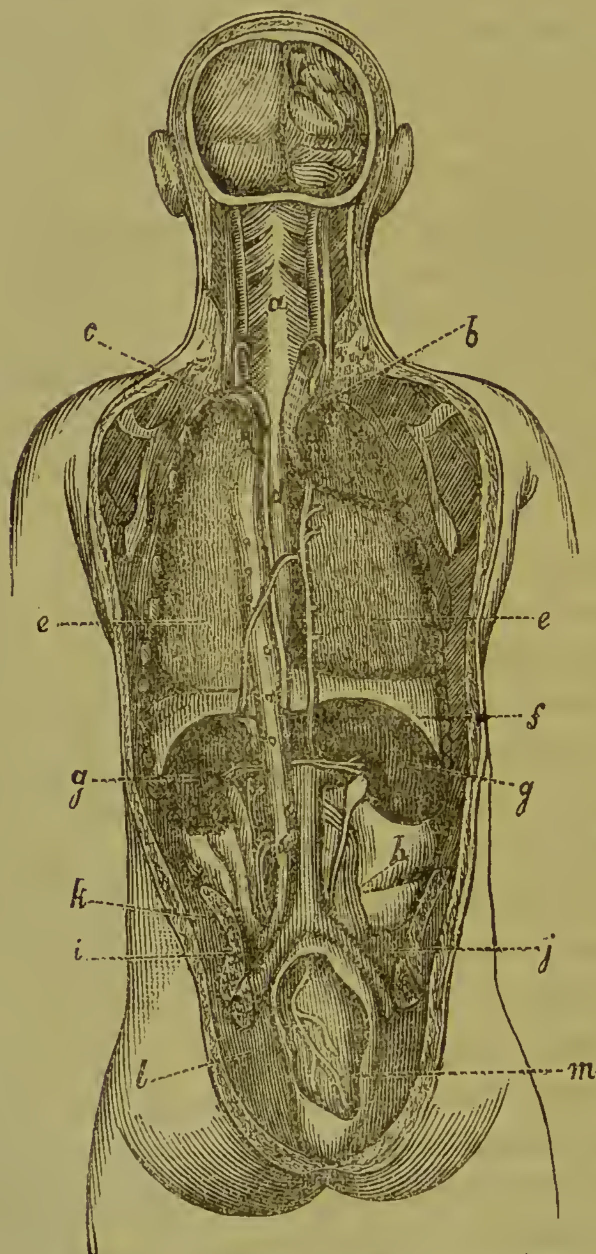
б) *Отъисканіе камня* производится англійскими хирургами помощью длинной пробной иглы (акупунктура); послѣдняя внѣдряется косвенно по направленію вверхъ и вглубь почки; такихъ уколовъ можно наносить нѣсколько, пока остріе иглы не упрется о твердое неподатливое тѣло. Разъ это тѣло найдено, операторъ, не вынимая иглы, фиксируетъ камень лѣвымъ указательнымъ пальцемъ и по немъ наноситъ небольшой разрѣзъ (incisio renalis posterior) на капсулѣ и чрезъ поверхностные слои почки до камня; затѣмъ вводится тупой инструментъ (зондъ, анатомическій пинцетъ, корнцангъ, либо ноготь указательнаго пальца), помощью котораго раздвигаются мягкія части, покрывающія инородное тѣло, и тогда удается послѣднее захватить щипцами. Примѣненіе тупыхъ инструментовъ въ данномъ случаѣ имѣетъ цѣлью предупредить разрывы крупныхъ сосудовъ и почечныхъ канальцевъ. Если же акупунктура не приводитъ къ цѣли, то слѣдуетъ прибѣгать къ изслѣдованію почки пальцемъ (digital exploration of the kidney, по Бэль-

Отъисканіе камня.

[1]) *Die Bedeutung der zwölften Rippe bei der Nephrotomie* von D-r M. Holl. (См. «Langenbeck's Archiv f. klinische Chirurgie» 1880, т. XXV, стр. 224 и слѣд.).

фильду) или маточнымъ зондомъ (по Герчелю); для этого разрывается клѣтчатка, окружающая почку, не безъ осторожности, чтобы не надорвать брюшины, вводится палецъ и ощупываются внутренности, топографія которыхъ должна быть ясна въ представленіи оператора. Въ виду этого я считаю нужнымъ представить здѣсь, въ дополненіе къ схематическому рисунку 71, топографію внутреннихъ ор-

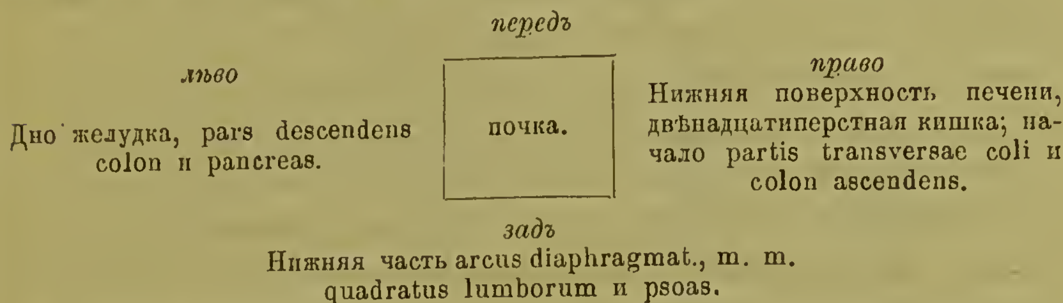
Рис. 72.



Топографія внутреннихъ органовъ въ поясничной области и полости таза (задняя стѣнка туловища снята по Рюдингеру).

a—phaurynx; *b*—trunc. anonymus; *c*—art. subclavia; *d*—oesophagus, влѣво отъ него aorta и ductus thoracicus, а вправо—vena azygos; *e*, *e*—легкія; *f*—diaphragma; *g*, *g*—почки; *h*—брюшина, надъ которой виденъ мочеточникъ; *i*—os innominatum; *j*—m. proas; *k*—m. gluteus medius; *l*—m. gluteus maximus; *m*—rectum съ проходящею въ ней art. haemorrhoidalis super.

гановъ въ поясничной области (см. рис. 72); кромѣ того, чтобы читателю легче было удержать въ памяти отношенія почки къ ближайшимъ органамъ, мы расположимъ ихъ графически такъ:



Плотная консистенція почки рѣзко отличается отъ податливой напряженной ткани кишечника; поэтому нетрудно осязаніемъ отличить первую отъ послѣдняго.. Менѣе легко отличить край почки отъ края печени; но если удается пальцемъ обвести окружность органа, то своеобразная форма почки можетъ вывести хирурга изъ заблужденія. Однакоже, при атрофіи самой почки или при чрезмѣрномъ разрушеніи почечной ткани, отъисканіе почки и, стало быть, заключеннаго въ ней камня дѣлается моментомъ весьма труднымъ, подчасъ и невыполнимымъ. Въ такихъ затруднительныхъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ чревосѣченію, т. е., къ *комбинированному способу nephrolithotomiae* по Сзорнтону. Именно: поясничная рана тампонируется обеззараживающимъ компрессомъ, больной кладется на спину и, по общимъ правиламъ оперативной хирургіи, производится *sectio abdominalis anterior* (если разрѣзъ ведется по срединной линіи) или *lateralis* (если разрѣзъ проводится по боковой стѣнкѣ живота); въ томъ и другомъ случаѣ разсѣкается брюшина, вскрывается вся брюшная полость и чрезъ послѣднюю хирургъ вводитъ всю ладонь и отъискиваетъ почку, которую онъ старается вывести чрезъ поясничный разрѣзъ. При такихъ условіяхъ, конечно, легче отъискать камень; тѣмъ не менѣе, извѣстны въ литературѣ случаи, при которыхъ и этотъ «комбинированный способъ» nephrolithotomiae не приводилъ къ цѣли. Но такіе случаи рѣдки и исключительны.

Вылущеніе камня.

в) *Вылущеніе камня* въ обыкновенныхъ случаяхъ производится безкровнымъ способомъ; т. е., найденный камень выковыривается подъемникомъ, пальцемъ или небольшой ложечкой; это дѣлается для того, чтобы не разсѣкать сосудовъ почки. Правда, такой способъ вылущенія камня кропотливъ, но онъ предохраняетъ отъ кровотеченія и не разрушаетъ мочевыхъ канальцевъ или почечныхъ чашекъ. Слѣдуетъ за-

мѣтить, что нерѣдко хирурги находятъ камень въ почечной лоханкѣ, которая въ такихъ случаяхъ представляется расширенною, съ весьма тонкими стѣнками; въ такихъ случаяхъ грубые пріемы при извлеченіи камня могутъ повести за собой разрывъ hilus renalis съ опаснымъ почечнымъ кровотеченіемъ. Вотъ почему нѣкоторые операторы, какъ Крофтъ (см. № 25, табл. XXII), въ подобныхъ случаяхъ разсѣкаютъ лоханку и извлекаютъ камень кусками, а не цѣликомъ. Наконецъ, другіе клиницисты, напр., Герчель, совѣтуютъ фиксировать капсулу почки двумя мертвыми петлями, вскрывать почку и, по извлеченіи камня, наложить на почечную ткань «кишечный» швъ Черни. Полость раны обыкновенно дренажируется, причемъ трубка выводится сквозь всѣ толстые слои поясницы; мышечные и кожные разрѣзы сшиваются металлическою проволокою или конскимъ волосомъ. Рану покрываютъ антисептическою повязкою, которую необходимо въ первые дни часто мѣнять.

Но возвратимся къ дѣятельности проф. Чійне.

По всему видно, что аудиторія къ нему особенно расположена: студенты весьма охотно посѣщаютъ его клиническія лекціи, которыя онъ ведетъ всегда демонстративно и научно; онѣ обнимаютъ всѣ отдѣлы хирургіи, какъ анатомо-патологическія явленія, такъ равно діагностическія и терапевтическія стороны хирургическихъ болѣзней. При операціяхъ я видѣлъ, какъ студенты добровольно исполняютъ всякую тяжелую работу: они моютъ больныхъ, укладываютъ ихъ по окончаніи операціи въ особенную корзину и выносятъ ихъ изъ аудиторіи въ палату.

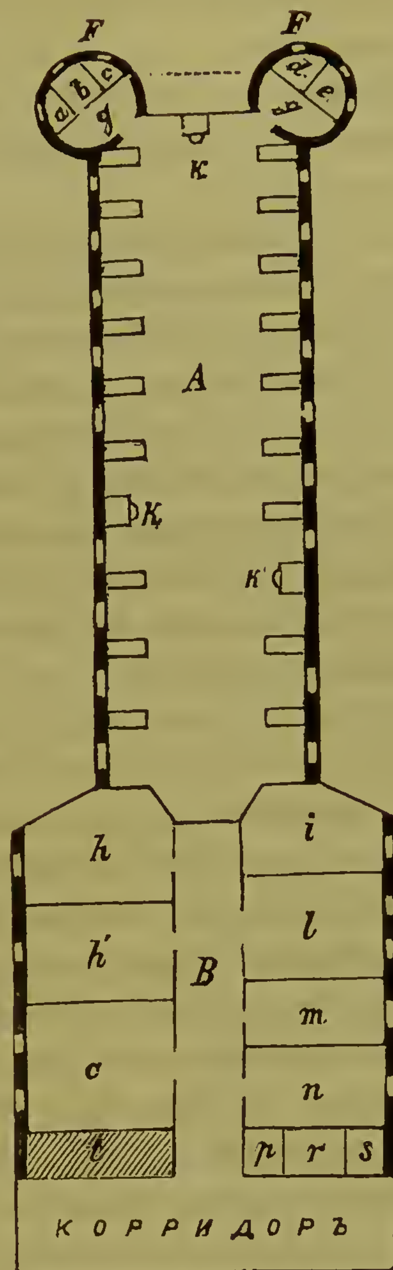
Во время лекціи проф. Чійне неоднократно обращался ко мнѣ съ различными вопросами, касающимися практическаго примѣненія антисептики въ Россіи; предлагалъ мнѣ изслѣдовать больныхъ и вообще выражалъ свое вниманіе ко мнѣ, какъ товарищу по профессіи. По окончаніи операціи онъ познакомилъ меня съ ассистентомъ по хирургіи — д-ромъ Котерилемъ (Cotterill), предложивъ ему сопровождат меня при осмотрѣ клиникъ и анатомическихъ музеевъ «Royal Infirmary», чѣмъ онъ значительно облегчилъ мнѣ мою задачу; поэтому, считаю своимъ долгомъ еще разъ печатно выразить свою благодарность проф. Чійне и д-ру Котерилю за ихъ чрезвычайную любезность и вниманіе къ русскому врачу.

Въ университетскомъ отдѣленіи названнаго госпиталя числится 220

коекъ, находящихся въ завѣдываніи трехъ хирурговъ: проф. Анэнделя, Чійне и Дёнкана (Duncan); для каждаго изъ преподавателей имѣется особенный операціонный залъ, устроенный амфитеатромъ и приспособленный для чтенія лекцій предъ большимъ числомъ слушателей. Изъ этихъ трехъ залъ наибольшая—аудиторія проф. Чійне.

Что же касается клиникъ собственно, то онѣ расположены въ вышеописанномъ зданіи (см. рис. 70), раздѣленномъ на нѣсколько каменныхъ павильоновъ. Каждый павильонъ имѣетъ 4 этажа, изъ нихъ нижній (подвальный) отведенъ подъ жилыя помѣщенія для госпитальной прислуги; 3 надземныхъ этажа назначены для больничныхъ палатъ. Общее устройство каждой палаты хирургическаго отдѣленія не трудно обозрѣть по приложенному здѣсь плану (см. рис. 73). Вообще же я могу сказать, что ничего болѣе усовершенствованнаго или удобнаго для хирургической цѣли и желать нельзя; въ этихъ палатахъ чистота воздуха, простота въ обстановкѣ, при соблюденіи удобствъ, какъ больныхъ, такъ и врачебнаго персонала, наконецъ, обиліе свѣта чрезъ громадныя окна, откуда открываются живописнѣйшіе пейзажи, — все это вмѣстѣ просто поражаетъ посѣтителя. Здѣсь предъ каждой больничной палатой (см. A рис. 73) имѣются особенныя помѣщенія для док-

Рис. 73.



Планъ хирургической клиники проф. Чійне.

Планъ хирургической палаты въ клиникѣ проф. Чійне (въ Эдинбургѣ). *A*—помѣщеніе для больныхъ; *B*—помѣщеніе для врачебнаго персонала; *F*—башни, въ которыхъ имѣются: *a*—отхожее мѣсто; *b*—писсуаръ; *c*—труба для мусора; *d* — ванная для больныхъ; *e*—умывальная; *g*—сѣни; *h* и *h'* — кабинеты для ординатора (house-surgeon); *i* — помѣщеніе для сестры милосердія; *k*, *k*, *k*—камины въ палатѣ; *l*—комната для выздоравливающихъ больныхъ; *m*—ванная для врачебнаго персонала; *n* — кладовая для бѣлья и тюфяковъ; *o* — чайная комната; *p*, *r* — подъемныя машины (lift); *s*—очагъ для сжиганія повязокъ; *t*—лѣстница.

тора (*h*), сестры-милосердія (*i*), для выздоравливающихъ (*l*); особенная ванная (*m*) для врачебнаго персонала и даже особенная подъемная машина (*p*). Въ подобной обширной палатѣ помѣщается всего 18 коекъ и на каждую койку приходится 2,200 куб. футовъ свободнаго пространства.

Въ вѣдѣніи проф. Чійне всего двѣ палаты — №№ 13 и 14; первая — мужское отдѣленіе въ 16 коекъ; вторая — женское отдѣленіе въ 20 коекъ; въ послѣднемъ отдѣленіи помѣщаются и малолѣтнія дѣти.

Въ администраціи клиники проф. Чійне замѣчается та особенность, что весь санитарный персоналъ составленъ исключительно изъ студентовъ; сестры-милосердія наблюдаютъ только за порядкомъ и чистотой въ палатахъ. Кромѣ ординатора (house surgeon), при каждой палатѣ находятся 4 студента въ должности «dressers», занимающіеся перевязками больныхъ, и одинъ студентъ — въ роли секретаря (registrar), ведущаго письменную часть клиники. Каждый изъ указанныхъ студентовъ получаетъ столъ и квартиру въ самомъ зданіи «Royal Infirmary» и зачисляется на службу на 9 мѣсяцевъ.

Перевязочный матеріалъ этой клиники. Всѣ смѣны повязокъ производились въ палатѣ подъ паромъ карболоваго spray. Перевязочный матеріалъ весьма различный, но всѣ средства обработаны различными химическими веществами, обладающими противугнилостными свойствами. На первомъ планѣ стоитъ типическая Листеровская марля, затѣмъ слѣдуетъ салициловая вата или вата съ примѣсью деревянныхъ опилокъ, обработанная сулемой; іодоформъ въ растворѣ эйкалиптоваго масла (на одну часть eucalyptolei 6 частей olei provincialis и 2 части jodoformii); эта смѣсь имѣетъ консистенцію linimenti (жидкой мази) и легко пропитываетъ не только марлю, но и куски фланели, которые непосредственно накладываются на рану.

Во время смѣны повязки врачъ и всѣ его помощники многократно моютъ руки въ карболовомъ растворѣ (1 ч. acidi carbolici на 40 ч. воды); по удаленіи повязки рана обмывается (но не спринцуется и не орошается) мягкой губкой, смоченной въ такомъ же растворѣ карболовой кислоты. Замѣчу тутъ-же, что вслѣдствіе такого обильнаго примѣненія карболовой кислоты на кожѣ оперированныхъ развивается пузырчатая мелкая сыпь, причиняющая боль; противъ нея и накладывается вышеуказанное linimentum.

Клиническій матеріалъ. Клиническій матеріалъ проф. Чійнс представляется весьма разнообразнымъ и поучительнымъ. Такъ, напр., при моемъ обходѣ (28/VII, 1885) этой клиники, я видѣлъ слѣдующіе случаи:

1) *Trepanatio ossis occipitalis* (этотъ случай описанъ мною выше (см. *Наблюденiе LIV*).

2) *Herniotomia femoralis* — у женщины за 50 лѣтъ отъ роду послѣ ущемленiя бедренной грыжи Литтре; заживленiе раны per primam intentionem подъ одною повязкою.

3) *Resectio coxae съ одновременной amputatio femoris въ нижней ⅓ бедра той же стороны* у 10-лѣтней дѣвочки. Ампутацiонная культя уже зажила; резекцiонная рана находилась еще подъ антисептической герметической повязкой. Ребенокъ смотрѣлъ бодрымъ и веселымъ. (NB. Этотъ случай я назвалъ бы *unicum*).

4) *Amputatio antibrachii* въ верхней ¼ предплечья у взрослаго мужчины; операцiя была сдѣлана *первично* вслѣдствiе травматическаго поврежденiя конечности машиной. Лоскутъ кожи омертвѣлъ; но при моемъ осмотрѣ оперированнаго, культя представлялась гранулирующею и отдѣленiе гноя было незначительно. Рана эта перевязывалась эйкалипто-iодоформенною мазью. Самочувствiе больнаго вполнѣ удовлетворительно, t° — нормальна.

5) *Resectio totalis maxillae superioris* у старухи, страдавшей изъязвленнымъ ракомъ, названнымъ ординаторомъ клиники *ulcus rodens*. Операцiя состояла въ удаленiи всей верхней челюсти, вмѣстѣ съ мягкими покровами; образовавшiйся обширный дефектъ былъ закрытъ пластически пересаженной съ шеи кожею. Рана вполнѣ зажила; операцiя можетъ быть аттестована вполнѣ успѣшною.

6) *Fractura complicata femoris* и

7) *Fracrura complicata cruris*; оба случая — весьма тяжелыя поврежденiя; подъ антисептическими повязками, при строго консервативномъ леченiи, кончились restitione ad integrum.

8) *Exarticulatio manus* — дала весьма удобную мясистую культю, которая легко управляетъ приспособленнымъ протезомъ.

9) Нѣсколько случаевъ *empyema thoracis*, протекавшихъ безлихорадочно подъ антисептическими повязками.

10) *Abscessus congestivus* in regione iliaca при костоѣдѣ позвонковъ; затечный нарывъ былъ вскрытъ 7 недѣль тому назадъ, а нагноенiе все еще продолжалось. По временамъ t° у больнаго юноши доходила до 39° (Ц).

Наконецъ, вышеописанные два случая — *exstirpatio tumoris in regione glutea* и *osteotomia genu valgum* — протекали безлихорадочно; по-

вязки смѣнялись только въ теченіи первыхъ 48 часовъ, когда онѣ пропитались насквозь кровью.

Вотъ тѣ случаи, которые обратили на себя мое вниманіе при моихъ посѣщеніяхъ клиники проф. Чійнс. Само собою разумѣется, что, кромѣ упомянутыхъ больныхъ, были здѣсь и другія хирургическія формы болѣзни, вполнѣ пригодныя для клиническаго демонстрированія учащимся.

Особенности этой клиники.

Остановимся немного на указанномъ матеріалѣ и укажемъ вкратцѣ на особенности этой клиники.

Во-первыхъ, мы замѣтили, что *антисептика* примѣняется здѣсь во всей ея строгости, т. е., съ значительно большею послѣдовательностью, чѣмъ въ клиникахъ Лондонскихъ хирурговъ вообще, не исключая клиники Листера въ King's College hospital. — Поэтому операціонныя раны протекаютъ здѣсь въ большинствѣ случаевъ *безгнилостно*. Однакоже, тѣ же самыя мѣры остаются почти безуспѣшными, если источникъ нагноенія, какъ въ случаѣ 10-мъ, не можетъ быть вполнѣ устраненъ.

Во-вторыхъ, мы видѣли здѣсь, что омертвѣніе лоскутовъ послѣ ампутаціи возможно и при противугнилостномъ выполненіи послѣдней, какъ это показываетъ случай 4. Но источникъ омертвѣнія въ подобныхъ случаяхъ, конечно, не слѣдуетъ искать въ какихъ-либо погрѣшностяхъ антисептики, ибо омертвѣніе наступило вслѣдствіе недостаточнаго питанія покрововъ культи, что наблюдается нерѣдко при потрясающихъ травмахъ, каковы обыкновенно и бываютъ поврежденія конечностей фабричными машинами.

Въ третьихъ, проф. Чійне не стремится обогащать свою клинику новомодными операціями, какъ splenotomia, nephrectomia, resectio ventriculi и т. п. Онъ смотритъ на свою задачу болѣе скромно, нежели большинство германскихъ хирурговъ; но, вмѣстѣ съ тѣмъ, онъ вникаетъ болѣе глубоко въ интересы учащихся. По мнѣнію Чійне, задача преподавателя клинической хирургіи — дать возможность студентамъ усвоить себѣ наиболѣе обыденныя формы хирургическихъ болѣзней и внушить имъ любовь не столько къ кровавымъ операціямъ, сколько къ консервативному леченію вообще. И дѣйствительно, при обходѣ палатныхъ больныхъ въ сопровожденіи студентовъ, проф. Чійне съ такимъ же вниманіемъ разбираетъ какой-нибудь случай перелома конечности, какъ и случаи поврежденія черепа, вылущенія опухоли, удаленія внутренняго органа и т. п.

Наконецъ, обратимъ вниманіе читателя еще на одно явленіе, замѣченное нами въ клиникѣ проф. Чійне, это—*принципъ по возможности меньше раздражать ткани:* какъ при операціяхъ, такъ и при изслѣдованіи ранъ или при наложеніи повязокъ проф. Чійне строго слѣдитъ за тѣмъ, чтобы ассистенты не разрывали или разминали ткани; никакими тупыми или заостренными инструментами изслѣдовать рану не допускается; лучшимъ зондомъ онъ считаетъ опытный палецъ; — продолжительная струя воды, пущенная изъ ирригатора, есть также агентъ, раздражающій ткани; поэтому при необходимости очистить рану послѣдняя орошается карболовымъ растворомъ выжиманіемъ губки.

Оперативная техника проф. Чійне.

Далѣе, самую оперативную технику проф. Чійне—въ вышеуказанномъ смыслѣ — можно назвать примѣрною: онъ ни одного лишняго удара или разрыва клѣтчатки не сдѣлаетъ при операціи; все, что подлежитъ удаленію, высѣкается смѣлыми разрѣзами ножа или ножницъ; кровоточащіе сосуды немедленно захватываются въ торсіонные пинцеты и скручиваются или перевязываются струнными нитями; полость раны не сшивается и не закрывается прежде, чѣмъ кровотеченіе не остановлено вполнѣ, дабы избѣгнуть впослѣдствіи необходимости прижимать ткани.—Первую повязку проф. Чійне накладываетъ саморучно, причемъ онъ толстымъ слоемъ ваты, наложенной поверхъ комковъ Листеровской марли, стремится удалить чрезмѣрное давленіе на рану. — Подобными, по моему мнѣнію, вполнѣ раціональными мѣрами проф. Чійне уменьшаетъ вредное вліяніе травматизма до возможнаго минимума. Быть можетъ, благодаря только этому принципу, вышеописанный (№ 3) случай resectio coxae съ одновременной ампутаціей бедра у 10-лѣтней дѣвочки протекалъ безупречно.

Въ одномъ лишь можно упрекнуть клинику проф. Чійне,—это въ чрезмѣрно щедромъ употребленіи карболовой кислоты; но не слѣдуетъ забывать, что мои наблюденія относятся къ 1885 году, когда хирурги-клиницисты не были еще увѣрены въ возможности достигнуть идеальнаго теченія ранъ, такъ назыв. *асептическаго,* помощью однихъ лишь обезпложенныхъ перевязочныхъ матеріаловъ.

Проф. Чійне, кромѣ клиники, руководитъ студентовъ по оперативной хирургіи, хирургической патологіи и еще десмургіи.—Курсъ по оперативной хирургіи онъ читаетъ въ теченіи лѣтняго семестра отъ 8—10 часовъ утра; для систематическаго изложенія этого предмета, въ Эдинбургѣ вообще ощущается громадный недостатокъ въ трупахъ,

ибо городъ немноголюдный, въ немъ числится едва 280000 населенія, а число студентовъ-медиковъ на каждомъ курсѣ сравнительно очень велико.—Лекціи по хирургической патологіи проф. Чійне иллюстрируетъ весьма поучительными гистологическими препаратами, приготовленными обыкновенно ad hoc студентами. Равнымъ образомъ курсъ лекцій по десмургіи ведется имъ исключительно демонстративно на больныхъ или на фантомѣ.

Въ заключеніе очерка дѣятельности проф. Чійне, я полагаю, читателю небезъинтересно будетъ познакомиться съ curriculum vitae этого современнаго хирурга, какъ одного изъ представителей всеславной Эдинбургской школы.

Нижеприведенныя свѣдѣнія почерпнуты мною изъ самаго вѣрнаго источника—«*Сборника портретовъ и жизнеописаній профессоровъ Эдинбургскаго университета* [1]), изданнаго послѣднимъ ко дню его 300-лѣтняго юбилейнаго празднества въ 1884 г.

Curriculum vitae проф. Чійне.

Джонъ Чійне родился въ Эдинбургѣ 25 февраля; онъ—старшій сынъ George Todd Chiene.

Свое первоначальное воспитаніе онъ получилъ въ Гёнтерской Школѣ (Hunter's School), а затѣмъ въ Эдинбургской Академіи. Поговорка—*mens sana in corpore sano* была ему присвоена товарищами еще въ школѣ, гдѣ онъ считался постоянно первымъ ученикомъ какъ по наукамъ, такъ и въ гимнастическихъ упражненіяхъ; особенно онъ отличался въ національной игрѣ *football* (игра въ мячъ, подбрасываемый ногой) и въ греблѣ. Впослѣдствіи, благодаря его энергіи и любви къ этой игрѣ, въ Эдинбургѣ образовалось особенное Общество «Football Union», которое выбрало его своимъ президентомъ въ 1877 г.

Джонъ Чійне, будучи студентомъ, выдавался своими познаніями въ математикѣ и естествовѣденіи (natural philosophy), по предметамъ которыхъ онъ неоднократно былъ награжденъ преміями; съ ранней молодости онъ пристрастился къ физическимъ наукамъ (of physical

---

[1]) *Quasi Cursores Portraits of the High Officers and Professors of the University of Edinburgh at its Tercentenary Festival,* drawn and etched by William Hole. Edinburgh 1884. Книга эта—изданная in folio—есть образцевое сочиненіе какъ по внутреннему содержанію, такъ и по изяществу въ типографскомъ отношеніи; она была отпечатана всего въ количествѣ 850 экземпляровъ и потому она уже въ настоящее время составляетъ библіографическую рѣдкость. Въ бытность мою въ Эдинбургѣ мнѣ удалось пріобрѣсти ее для библіотеки Императорскаго Варшавскаго Университета.

science), что впослѣдствiи придавало его самостоятельнымъ работамъ отпечатокъ зрѣлости и полноты мысли.

По окончанiи Эдинбургскаго университета съ отличiемъ въ 1865 г., молодой врачъ Д. Чiйне оставленъ былъ ординаторомъ (house-surgeon) клиники бывшаго тогда профессора Сайма въ «Royal Infirmary». Въ томъ-же году онъ былъ избранъ на одинъ годъ президентомъ «Королевскаго Медицинскаго Общества», въ которомъ онъ впослѣдствiи сохранилъ за собою постъ секретаря. Послѣ двѣнадцатимѣсячной работы въ госпиталѣ онъ получилъ ученую командировку на континентъ Европы съ цѣлью ознакомиться съ медицинскими школами Парижа, Берлина и Вѣны. По возвращенiи на родину, онъ принялъ должность демонстратора по анатомiи въ Эдинбургскомъ университетѣ въ помощь бывшему тогда профессору Гудсэру (Goodsir).

Съ 1866 по 1870 г. Чiйне исключительно занимался анатомiею въ примѣненiи къ хирургiи и въ теченiи указаннаго времени онъ обнародовалъ нѣсколько трудовъ по анатомiи человѣка и хирургической патологiи. Въ 1868 году онъ получилъ званiе члена «Королевской Коллегiи Хирурговъ» (F. R. C. S.).

Хотя, въ сущности, д-ръ Чiйне «учительствовалъ» (he has been a teacher) всю свою жизнь, но въ 1870 г. случай помогъ ему получить званiе лектора по практической хирургiи въ Медицинской Школѣ (Extra Academical Medical School), которое имѣло большое влiянiе на его дальнѣйшую карьеру. Его небольшая аудиторiя слушателей помѣщалась на ул. Nicolson Square; но вскорѣ число его учениковъ до того увеличилось, что оно уже не вмѣщалось въ его аудиторiи. Поэтому онъ въ 1880 году перешелъ въ другое зданiе той-же школы, такъ назыв. Mintohouse, гдѣ число слушателей молодаго профессора достигало до 155, а въ теченiи двѣнадцати лѣтъ преподаванiя въ названной школѣ проф. Чiйне имѣлъ 1467 студентовъ-медиковъ.

Въ теченiи этого перiода преподавательской дѣятельности онъ занималъ еще и другiя врачебныя должности и обнародовалъ нѣсколько цѣнныхъ научныхъ трудовъ; въ 1871 году онъ получилъ должность ассистента по хирургiи въ «Royal Infirmary», а съ 1878 года онъ сталъ завѣдывать самостоятельно хирургическимъ отдѣленiемъ въ томъ-же госпиталѣ. Въ 1875 онъ былъ зачисленъ экзаменаторомъ по хирургiи въ «Королевской Коллегiи Медиковъ».

Изъ длиннаго ряда его ученыхъ трудовъ, обнародованныхъ въ томъ перiодѣ, выдаются: **Ученые труды проф. Чiйне.**

1) «*Oblique and Direct Hernia occuring on same side of body*» [1] (Косвенная и прямая грыжи, наблюдавшiяся на одной и той-же сторонѣ тѣла).

2) «*Lectures on Surgical Anatomy*» (Лекцiи по хирургической анатомiи). Edinburgh. 1878.

3) «*Lectures of the Elements of Surgery*» (Лекцiи объ основахъ теоретической хурургiи). Edinburgh. 1879—80. Второе изданiе.

4) «*Contributions to practical surgery*» (Начала практической хирургiи). Edinburgh. 1880.

5) «*On anesthetics*» (Объ анэстезирующихъ средствахъ [2]). Это прекрасная рѣчь, читанная авторомъ на секцiи фармакологiи и терапiи въ «Британскомъ Медицинскомъ Обществѣ» въ Кардифѣ. Въ этой работѣ Чийне весьма обстоятельно разсматриваетъ физiологическое дѣйствiе хлороформа, способы его примѣненiя въ хирургической практикѣ, опасныя явленiя, вызываемыя дѣйствiемъ этого наркотическаго вещества, и способы устраненiя ихъ.—Мы не станемъ здѣсь останавливаться на каждомъ изъ трактуемыхъ тамъ вопросовъ, но не можемъ не отмѣтить одного весьма важнаго факта.—Проф. Чийне, въ противуположность мнѣнiю другихъ клиницистовъ, *не считаетъ сердечныя страданiя или ослабленiе сердечной дѣятельности противупоказанiемъ къ примѣненiю хлороформа*, ибо послѣднiй, ослабляя дѣйствiе рефлекторныхъ центровъ вообще, этимъ самымъ предупреждаетъ появленiе *шока*, составляющаго, по мнѣнiю автора, главную причину внезапной смерти наркотизированныхъ больныхъ. — Съ этою-же цѣлью онъ совѣтуетъ нервнымъ субъектамъ впрыскивать до примѣненiя хлороформа, еще 0,001 atropini и 0,005 morphii, такъ какъ эти средства предупреждаютъ рефлекторную остановку сердечной дѣятельности.

6) *Nephrolithotomy* [3] (О почечномъ камнесѣченiи).

Кромѣ того, много другихъ журнальныхъ статей по физiологiи и бiологiи.

Въ 1882 году хирургическая кафедра при Эдинбургскомъ университетѣ сдѣлалась свободною; Джонъ Чийне выступилъ кандидатомъ этой кафедры, которую онъ и получилъ по выбору 17. VII, 82.

---

[1] См. «Edinburgh Medical Journal» 1869.

[2] См. «British Med. Journ.» 1885, т. II, стр. 539.

[3] См. «British Med. Journ.» 1885, т. I, стр. 280 и слѣд.

Его ораторскія способности и тутъ, въ университетѣ, приковываютъ вниманіе слушателей его аудиторіи. «Рѣчь проф. Чійне» говоритъ его біографъ, «подобно рѣзцу Фидіаса, обрисовываетъ отдѣльныя мысли до того рельефно, что онѣ кажутся какъ-бы выступающими изъ задняго дальняго плана и все болѣе и болѣе приближающимися къ умозрѣнію слушателей».—Кромѣ настойчивости и энергіи, въ этомъ преподавателѣ проглядываетъ громадный запасъ свѣдѣній какъ изъ области вспомогательныхъ наукъ, такъ и личнаго опыта по избранной имъ спеціальности. Въ его лекціяхъ видно стремленіе—излагать факты безъ догматовъ, побуждать своихъ слушателей лучше самимъ дѣлать выводы, нежели слѣпо вѣрить категорическимъ заключеніямъ, поддерживать въ нихъ способность открывать новые факты и на основаніи послѣднихъ выводить заключеніе. Короче, проф. Чійне—оптимистъ высшаго ряда. Какъ человѣкъ, онъ всегда готовъ принимать самое теплое участіе въ судьбѣ каждаго студента и во всякое время онъ охотно помогаетъ учащимся словомъ и дѣломъ. Самое любимое его занятіе—это обходъ больныхъ въ сопровожденіи толпы студентовъ, озабоченныхъ мыслью не уронить ни одного слова своего учителя, а больные считаютъ событіемъ дня часы посѣщенія своего любимаго доктора. При обходѣ палатъ проф. Чійне каждаго больнаго ободритъ добрымъ словомъ, остановитъ вниманіе своихъ помощниковъ на происшедшихъ перемѣнахъ въ теченіи болѣзни, и на болѣе важныхъ явленіяхъ онъ останавливается подолгу, разспрашивая окружающихъ его студентовъ о томъ или другомъ изъ замѣченныхъ явленій; при этомъ онъ свои вопросы ставитъ въ такой игривой формѣ (by some slight *jeu-d'esprit*), что каждый даже незнающій студентъ всегда готовъ дать отвѣтъ.

Проф. Чійне имѣетъ обширную практику какъ въ городѣ, такъ и въ окрестностяхъ Эдинбурга. Тѣмъ не менѣе, онъ находитъ время посильно посвящать свой трудъ и общественному дѣлу; по его инціативѣ образовалось Общество *St. Andrew's Ambulance*, имѣющее цѣлью оказывать помощь въ внезапныхъ случаяхъ заболѣванія; наконецъ, въ гигіэническомъ Обществѣ (Health Society) онъ не разъ читалъ публичныя лекціи.

Литературные источники:

1) Ричардъ Бутцъ. *Корреспонденціи изъ Шотландіи* (см. «Хирург. Вѣстникъ» 1886 и 1887 гг.).

2) Felkin. *Succesful Trephining over Motor Areas for arrested development of limbs and complete loss of functional value* (см. «British Med. Journ.» 1880, т. I, стр. 418).

3) Herczel. *Ueber operative Behandlung der Nierensteine* (см. «Wiener Medic. Wochenschr. 1887 №№ 51 и 52).

4) Brodeur. *De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein*. Thèse. Paris. 1886.

5) Czerny. *Zur Exstirpation retroperitonealer Geschwülste* (см. «Langenbeck's Archiv f. klinische Chirurgie», т. XXV, стр. 858 и слѣд. 1880).

6) Bruce Clarke. *Nephro-lithotomy and the treatment of kidneys in an advenced stage of suppuration* (см. «The Lancet» 1885, т. II, стр. 845).

7) *Discussion on Nephro-lithotomy* in the «Clinical Society of London» (см. The Lancet» 1887, т. I, стр. 371).

8) William Belfield. *Digital exploration of the kidneys* (см. «New York Med. Record» 1887. May 14).

9) Simon. *Chirurgie der Niere*. Erlangen. 1871.

10) M. Holl. *Die Bedeutung der zwölften Rippe bei der Nephrotomie* (см. Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurgie» 1880, т. XXV, стр. 224 и слѣд.).

11) William Hole. *Quasi Cursores Portraits of the high officers and professors of the University of Edinburgh at its tercentenary festival*. Edinburgh, 1884, стр. 267.

Кромѣ того, много журнальныхъ статей, обнародованныхъ на страницахъ «British Medical Journal» за 1884—1888 гг., «The Lancet» за 1885—1888 гг., «Annals of Surgery» за 1886—1888 гг.; точныя указанія приведены въ текстѣ ссылокъ.

ГЛАВА XIX.

Хирургическая клиника проф. Анэнделя въ Эдинбургскомъ университетѣ. Проф. Анэндель—операторъ по преимуществу.—Антисептика, примѣняющаяся въ его клиникѣ.—Нѣсколько словъ объ отчетности университетскихъ клиникъ въ Эдинбургѣ. — *Exstirpatio sarcomat. in regione scapulae, причемъ вырѣзанная часть тѣла пульсировала около часу.* - Физiологическое объясненiе этому факту.—*Lithotomia suprapubica*, по Анэнделю.—Особенности этого способа.—Взглядъ Анэнделя на высокое камнесѣченiе.—О переливанiи крови.—Техника операцiи — *autotransfusio sanguinis* по Дёнкану.—Случай многократнаго переливанiя крови пiэмическому больному съ успѣшнымъ исходомъ.—Физiологическое значенiе переливанiя крови въ смѣси съ содою.—Проф. Анэндель при визитацiи палатъ.—Нѣсколько оперативныхъ случаевъ изъ его клиники. — Бiографическiя и библiографическiя свѣдѣнiя о проф. Анэнделѣ.—Литературные источники.

Вторая каѳедра по клинической хирургiи въ Эдинбургскомъ университетѣ занята проф. Т. Анэнделемъ (Thomas Annandale); она соотвѣтствуетъ нашей кафедрѣ факультетской клиники, тогда какъ профессура Чiйне обнимаетъ собственно три отдѣла хирургiи: хирургическую патологiю, оперативную хирургiю и госпитальную клинику.

Профессоръ Анэндель — операторъ по преимуществу.

Проф. Анэндель читаетъ лекцiи 2 раза въ недѣлю, по понедѣльникамъ и средамъ послѣ полудня, причемъ онъ преимущественно демонстрируетъ студентамъ больныхъ, которые приводятся въ операцiонный залъ (respective аудиторiю) либо изъ палатъ, либо изъ амбулаторiи. При разборѣ больныхъ проф. Анэндель, на сколько я могъ замѣтить, главнымъ образомъ останавливается на терапiи болѣзни и, постановивъ извѣстныя показанiя къ тому или другому способу леченiя, онъ тутъ-же приступаетъ къ выполненiю этой задачи хирурга въ присутствiи всѣхъ слушателей По общимъ прiемамъ видно, что Анэндель—хирургъ-операторъ по преимуществу: онъ оперируетъ часто,

много и охотно; его клиника постоянно переполнена больными, страдающими ракомъ грудной желѣзы, кожи лица и тому подобными новообразованіями, требующими оперативной помощи. Кстати замѣтить, такой контингентъ больныхъ не столько служитъ предметомъ клиническаго преподаванія, сколько матеріаломъ для упражненія ловкихъ рукъ оператора. Вотъ почему аудиторія проф. Анэнделя посѣщается студентами не такъ охотно, какъ это мы видѣли въ отдѣленіи проф. Чійне. Оперативная техника Анэнделя увѣренна, смѣла и изящна, но далеко не поучительна для начинающаго изучать хирургію. При операціяхъ его, непосредственными помощниками служатъ обыкновенно молодые врачи, а не студенты; первый рядъ мѣстъ вблизи операціонной арены занятъ иностранными врачами (американскими преимущественно).

Антисептика, примѣняющаяся въ клиникѣ Анэнделя.

Главные принципы антисептической хирургіи примѣняются имъ вполнѣ строго и послѣдовательно, хотя онъ уже въ 1885 году отказался отъ примѣненія spray при операціяхъ или при смѣнѣ повязокъ. Матеріаломъ для перевязки свѣжихъ ранъ онъ въ 1885 году употреблялъ карболизованную марли, приготовленную по указаніямъ Листера, салициловую вату; иногда обширныя обнаженныя отъ покрововъ раны Анэндель покрывалъ шелковой тафтою (protective silk); но на наружные слои повязки онъ не накладывалъ непроницаемой ткани (мэкентошъ, клеенка или восчаная бумага), признавая въ этомъ причину мацераціи кожи вблизи раны. Для обеззараживанія операціоннаго поля онъ употреблялъ частое орошеніе слабымъ растворомъ гидратъ-хлорала въ глицеринѣ; для перевязки перерѣзанныхъ сосудовъ—струнныя нити. Но главнымъ антисептическимъ агентомъ онъ считаетъ безусловную чистоту и опрятность; вотъ почему непосредственно до операціи больной вымывается и чистится щетками самымъ тщательнымъ образомъ; операторъ и его помощники то и дѣлаютъ, что почти ежеминутно обмываютъ свои руки въ чашкѣ, наполненной тепловатой водой съ примѣсью слабаго раствора карболовой кислоты. Одежда больныхъ, операторовъ и служителей—безукоризненно чиста на столько, на сколько этого возможно достигнуть въ благоустроенной больницѣ, каковою слѣдуетъ признать «Royal Infirmary» въ Эдинбургѣ.

Нѣсколько словъ объ отчетности университетскихъ клиникъ.

Для меня было весьма интересно фактически убѣдиться—на сколько результаты оперативной дѣятельности проф. Анэнделя, примѣняющаго, такъ сказать, «профилактическую» антисептику, болѣе или менѣе успѣшны результатовъ проф. Чійне, преслѣдующаго во всей стро-

гости «химическій» способъ обеззараживанія ранъ. Съ этою цѣлью я просилъ д-ра Котериля достать мнѣ какіе либо статистическіе отчеты клиникъ двухъ названныхъ операторовъ. Къ сожалѣнію, всѣ его заботы и старанія—удовлетворить мое желаніе не увѣнчались успѣхомъ, ибо въ Эдинбургскихъ университетскихъ клиникахъ нѣтъ обычая обнародывать отчеты дѣятельности профессоровъ, какъ это дѣлается ежегодно почти во всѣхъ Лондонскихъ медицинскихъ школахъ. Правда, профессора и ассистенты Эдинбургскихъ клиникъ нерѣдко обнародываютъ отдѣльные, болѣе интересные случаи въ мѣстной медицинской прессѣ, но по этому матеріалу трудно рѣшить вышепоставленный вопросъ —о преимуществахъ асептическаго или антисептическаго способа леченія оперативныхъ ранъ.

Все, что могъ мнѣ представить д-ръ Котериль,—это клиническій журналъ проф. Чійне, куда ординаторы (house surgeons) вносятъ краткія свѣдѣнія о выполненныхъ большихъ операціяхъ и ихъ исходахъ. Перелистывая такой журналъ за первую половину 1885 года, я могъ замѣтить, что и здѣсь бываютъ случаи рожи съ летальнымъ исходомъ. послѣ ампутацій конечностей. Но сдѣлать какія либо числовыя замѣтки мнѣ нельзя было, ибо ординаторъ клиники профессора Чійне, стоявшій тутъ-же, повидимому, не желалъ этого мнѣ позволить безъ вѣдома принципала клиники.

Итакъ, въ одномъ и томъ-же зданіи образцево-устроенной больницы два клинициста-хирурга преслѣдуютъ одну и туже цѣль безгнилостнаго теченія ранъ—двумя путями: 1) обеззараживаніемъ химическими веществами (карболовой кислотой, салициловой кислотой, іодоформомъ и т. п.), какъ это мы видѣли въ клиникѣ проф. Чійне; и 2) профилактическими мѣрами, стараясь устранить всякое загрязненіе раны и всѣхъ предметовъ, приходящихъ въ соприкосновеніе съ оперированнымъ, хотя проф. Анэндаль не проводитъ этотъ второй способъ съ такою послѣдовательностью, какую мы видѣли въ практикѣ Грэнвиля Бэнтока (см. главу VI).

Для ознакомленія читателя съ практическимъ примѣненіемъ послѣдняго способа и оперативною техникою проф. Анэнделя, я приведу здѣсь одно наблюденіе, представившее еще и физіологическій интересъ. Exstirpatio sarcomatis in regione scapulae.

Наблюденіе LVI. Exstirpatio sarcomatis in regione scapulae. Вырѣзанная часть тѣла пульсировала около часу. Молодой человѣкъ, 25 лѣтъ отъ роду, крѣпкаго тѣлосложенія, нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ обратился въ клинику проф. Анэнделя по поводу

опухоли, развившейся недавно въ толщѣ трехглавой мышцы лѣваго плеча. Опухоль эта была признана за саркому и вырѣзана in toto, но вскорѣ она дала рецидивъ въ области лопатки той же стороны. Въ то время, когда я видѣлъ этого больнаго (28/VII, 1885), на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ spinae scapulae, находился наростъ величиною въ кулакъ взрослаго человѣка; кожа надъ опухолью представлялась покраснѣвшею, багровою; вся опухоль легко смѣщалась въ стороны, на ощупь она была тверда и болѣзнена; сосѣднія лимфатическія желѣзы, какъ въ подкрыльцевой ямкѣ, такъ и въ надключичной впадинѣ, были нормальны.

Техника операціи: Больной наркотизированъ чистымъ хлороформомъ, налитымъ на салфетку; наркотизація производилась постепенно и осторожно. Операціонное поле, какъ-то: области лопатки, ключицы, плеча и подкрыльцевой ямки, тщательно вымывались намыленной щеткой. Операторъ провелъ два полукружныхъ разрѣза въ поперечномъ направленіи спины—одинъ выше, другой ниже гребешка лопатки—и такимъ образомъ очертилъ ножемъ всю подлежащую почву новообразованія. Углубляясь смѣлыми продольными сѣченіями къ кости лопатки, онъ вверху высѣкалъ толстый слой m-li supraspinati, а внизу—m. m. deltoidei и infraspinati, причемъ рана сильно кровоточила; разрѣзанные сосуды быстро захватывались въ торсіонные пинцеты и перевязывались струнными нитями. По истеченіи двухъ-трехъ минутъ работы вся опухоль, вмѣстѣ съ окружающими ее мышцами, находилась въ рукахъ оператора. Больной былъ предоставленъ заботамъ ассистентовъ, которые останавливали кровотеченіе и орошали рану растворомъ гидратъ-хлорала въ глицеринѣ.

По удаленіи новообразованія, проф. Анэндель обратилъ вниманіе всѣхъ присутствующихъ на интересное физіологическое явленіе—*вырѣзанная часть тѣла ритмически сокращалась* на подобіе того, какъ сокращается вырѣзанное сердце лягушки; эти ритмическія сокращенія были до того сильны, что ихъ могъ считать одинъ изъ студентовъ, сидѣвшій на самомъ послѣднемъ ряду амфитеатра; сокращенія эти, несомнѣнно, происходили только въ волокнахъ вырѣзанной мышечной ткани, но вмѣстѣ съ послѣдней подымалось и опускалось все плотное новообразованіе. Ни уколы острымъ ножемъ, ни защемленія мышцъ въ торсіонные (тяжелые) пинцеты не задерживали этой «пульсаціи» вырѣзанной части тѣла. Далѣе, проф. Анэндель положилъ ее на мраморный (холодный) столъ и оставилъ ее лежать 20'—сокращенія все

продолжались, хотя менѣе интенсивно; мышцы за это время приняли темно-синій цвѣтъ не только на поверхности вырѣзанной части тѣла, но и въ глубинѣ, что видно было на свѣжихъ разрѣзахъ, тѣмъ не менѣе «пульсація» продолжалась. Наконецъ, при погруженіи всей удаленной части тѣла въ теплую воду эти сокращенія все еще происходили ритмически. Около 45 минутъ по удаленіи опухоли я подходилъ къ чашкѣ, въ которой помѣщалась вырѣзанная часть, и тогда еще я видѣлъ рѣдкія и слабыя сокращенія.

Хотя это явленіе легко объясняется физіологически тѣмъ, что тонусъ мышцъ сохраняется еще извѣстное время по удаленіи ихъ съ главными двигательными нервами, но, тѣмъ не менѣе, мнѣ лично никогда не приходилось этого наблюдать на усѣченныхъ частяхъ человѣческаго тѣла. **Физіологическое объясненіе вышеприведенному явленію.**

На сколько мнѣ извѣстно, міографическія работы знаменитыхъ физіологовъ, какъ Гельмгольца, Ришэ, Фолькманна, Мендельсона [1]) и друг. показываютъ время сокращенія вырѣзанныхъ мышцъ преимущественно у животныхъ (напр., m. soleus лягушки) подъ вліяніемъ такъ назыв. *скрытаго раздраженія* (das Stadium der latenten Reizung) равное 0,008 до 0,01 секунды, тогда какъ въ описываемомъ мною случаѣ эти сокращенія продолжались добрыхъ $^1/_2$ часа времени.

Но возвратимся къ оперированному.—Обширная поверхность раны, величиною почти въ ладонь, не могла быть закрыта кожею вслѣдствіе громаднаго дефекта послѣдней; съ трудомъ удалось только стянуть углы раны помощью нѣсколькихъ стежковъ и, такимъ образомъ, уменьшить обнаженную поверхность средней части лопатки. Когда кровотеченіе вполнѣ унялось, то на рану положенъ былъ кусокъ шелковой тафты (protective silk), а поверхъ послѣдней—толстый слой гигроскопической ваты и вся повязка закрѣпилась ходами обыкновеннаго бинта.

Изъ числа другихъ операцій, произведенныхъ проф. Анэнделемъ, я позволю себѣ описать здѣсь его способъ высокаго камнесѣченія у дѣтей, который представляетъ нѣкоторыя особенности.

Наблюденіе LVII. **Lithotomia suprapubica** (по Анэнделю). Мальчикъ $4^1/_2$ лѣтъ отъ роду былъ доставленъ въ клинику съ письмомъ отъ домашняго врача, который съ годъ тому назадъ замѣтилъ у **Lithotomia suprapubica (по Анэнделю).**

[1]) Mendelsohn. *Untersuchungen über die Muskelzuckung bei Erkrankungen des Nerven-und Muskelsystems.* Dissert. Dorpat. 1884.

этого ребенка признаки, указывающіе на присутствіе камня въ мочевомъ пузырѣ.—При зондированіи пузыря Анэндель ощущалъ небольшой и легкій камень. Операторъ рѣшилъ примѣнить способъ высокаго камесѣченія.

Техника операціи. Захлороформировавъ ребенка, Анэндель расширилъ мочеиспускательный каналъ послѣдовательнымъ введеніемъ серебряныхъ катетеровъ №№ 6, 7, 8 и 9 (англійской системы); первые три нумера проходили свободно, только послѣдній слегка ущемлялся при проведеніи его чрезъ мочеиспускательный каналъ. Посредствомъ послѣдняго катетера въ полость мочеваго пузыря было впрыснуто 4 унціи слабаго раствора сулемы (1 ч. на 4,000); затѣмъ онъ вывелъ наружу катетеръ и замѣнилъ его тонкимъ литотрипторомъ, соотвѣтствующимъ бужу № 8. Послѣ нѣсколькихъ манипуляцій оператору удалось захватить камень; опустивъ рукоятку инструмента внизъ между бедеръ оперируемаго, онъ выпятилъ клювъ камнедробителя вмѣстѣ съ камнемъ впередъ, такъ что сквозь стѣнки живота онъ могъ легко ощупать инструментъ и инородное тѣло непосредственно надъ лоннымъ срощеніемъ (symphysis pubis). Поручивъ помощнику фиксировать инструментъ въ такомъ положеніи, Анэндель провелъ небольшой разрѣзъ, длиною въ дюймъ, по средней линіи живота и немного отступя отъ лона вверхъ; причемъ онъ послойно разсѣкалъ всѣ ткани, пока верхушка литотриптора вмѣстѣ со стѣнкою пузыря не выпятились наружу; теперь онъ надрѣзалъ мочевой пузырь и, надавивъ на рукоятку инструмента, легко вывелъ чрезъ рану клещни камнедробителя вмѣстѣ съ небольшимъ камнемъ, который онъ удалилъ.—Далѣе онъ вставилъ мягкій Нелятоновскій катетеръ № 7 въ верхнюю рану и захвативъ его въ клещни, вывелъ инструментъ изъ мочеиспускательнаго канала и, такимъ образомъ, провелъ катетеръ для стока мочи изъ пузыря. Вставивъ еще дренажную трубку въ рану живота, онъ предупредилъ всякое истеченіе мочи въ брюшинную клѣтчатку.

На рану живота было наложено нѣсколько стежковъ изъ конскаго волоса; полость пузыря нѣсколько разъ промывалась растворомъ сулемы (1 ч. 2000); поверхъ раны и въ окружности ея наложенъ толстый слой сулемой ваты.

Извлеченный камень былъ величиною въ бобъ и состоялъ изъ уратовъ.

Послѣоперадіонное теченіе раны. Въ теченіи первыхъ сутокъ моча представлялась слегка окрашенною кровью и вытекала преиму-

щественно чрезъ дренажъ; но на вторыя сутки моча стала свободно выдѣляться чрезъ катетеръ и къ концу втораго дня моча уже была настолько свѣтлою, что операторъ позволилъ себѣ удалить обѣ резиновыя трубки. Двѣнадцать часовъ послѣ этой манипуляціи въ верхней ранѣ показалось немного мочи; но затѣмъ она уже болѣе не показывалась. На десятый день оперированный малышъ уже бѣгалъ по палатѣ вполнѣ здоровымъ и бодрымъ.

Особенности этого способа.

Въ 1886 году проф. Анэндель помѣстилъ въ «British Medical Journal» [1]) маленькую замѣтку по поводу высокаго камнесѣченія, въ которой онъ называетъ произведенную имъ технику *новымъ способомъ* (a new method of performing suprapubic lithotomy). Признаться, для насъ русскихъ врачей, практикующихъ надлонное сѣченіе уже десятокъ слишкомъ лѣтъ, техника операціи проф. Анэнделя не представляетъ ничего новаго, ибо дренажированіе раны живота и катетеризацію мочеваго пузыря послѣ высокаго камнесѣченія давно уже примѣняли наши хирурги Макавѣевъ, Головачевъ и другіе. Одна лишь особенность въ способѣ Анэнделя—это проведеніе мягкаго катетера «*ретроградным*ъ» путемъ (т. е., чрезъ рану живота въ пузырь, а оттуда въ мочеиспускательный каналъ) помощью литотриптора. — Въ виду этого мнѣ, быть можетъ, и не слѣдовало-бы останавливаться на этомъ вопросѣ; но не могу не замѣтить, что еще въ іюлѣ 1885 года, когда я осматривалъ клинику и кабинетъ проф. Анэнделя, я видѣлъ тамъ цѣлую коллекцію камней мочеваго пузыря, которые извлекались исключительно двумя путями: чрезъ промежность per lithotomiam lateralem perinei и per viam naturalem по способу Бигелоо. Бесѣдуя тогда съ д-ромъ Котерилемъ объ этомъ вопросѣ, онъ мнѣ передалъ, что проф. Анэндель примѣняетъ операцію высокаго камнесѣченія весьма рѣдко; но онъ самъ (д-ръ Котериль) того мнѣнія, что со временемъ въ хururгіи будутъ преобладать два способа: sectio suprapubica и lithotritia по Бигелоо.

Взглядъ Анэнделя на операцію — высокое камнесѣченіе.

Теперь я читаю въ вышеуказанной замѣткѣ Анэнделя: «Дальнѣйшія наблюденія мнѣ показали, что этотъ способъ (lithotomia suprapubica) также удобно примѣняется на взрослыхъ, какъ и на дѣтяхъ, поэтому я надѣюсь, что мои товарищи-хирурги попробуютъ примѣнить его въ

---

[1]) Thomas Annandale. *Suprapubic lithotomy* (см. „British Medical Journal" 1886, т. II, стр. 676).

своей практикѣ и сообщать свои наблюденія».—И тутъ-же онъ формулируетъ технику этой операціи въ видѣ слѣдующихъ моментовъ:

1) «Постепенное растяженіе мочеваго пузыря посредствомъ впрыскиванія какой нибудь обеззараживающей жидкости».

2) «Введеніе камнедробителя и захватываніе камня въ пузырѣ клещнями инструмента».

3) «Отдавливаніе ручки камнедробителя такъ, чтобы захваченный камень выпятился сквозь брюшныя стѣнки, непосредственно надъ лономъ и по срединной линіи».

4) «Разсѣченіе стѣнки живота по срединной линіи и непосредственно надъ лономъ послойно до обнаженія пузыря».

5) «Отдавливаніе рукоятки инструмента внизъ, пока верхушка камнедробителя вмѣстѣ съ камнемъ и покрывающею его стѣнкою пузыря не выступятъ наружу раны».

6) «Надрѣзываніе выпятившейся части пузыря надъ камнемъ по направленію внизъ на столько, чтобы можно было чрезъ отверстіе вывести наружу камень, вмѣстѣ съ верхушкою инструмента».

7) «Теперь щупальцы камнедробителя раздвигаются и камень вынимается, а взамѣнъ его вставляется конецъ мягкаго катетера, который вводится въ пузырь, а оттуда въ мочеиспускательный каналъ при выведеніи инструмента; одинъ конецъ мягкаго катетера остается въ полости пузыря, а другой проведенъ чрезъ orificium externum urethrae».

8) Сшиваніе раны брюшной стѣнки послѣ введенія дренажной трубки въ нижній конецъ раны».

Если рана пузыря невелика, то, по мнѣнію Анэнделя, лучше не сшивать ее; «если-же разрѣзъ стѣнки пузыря значительный, то слѣдуетъ наложить два-три стежка изъ струнной нити».

Растяженіе прямой кишки, по увѣренію Анэнделя, усложняетъ только технику операціи.

Я съ умысломъ привелъ здѣсь буквальный переводъ этой замѣтки, чтобы показать читателю, что проф. Анэндель склоняется теперь въ пользу высокаго камнесѣченія и производитъ эту операцію такъ, какъ это давно уже дѣлаютъ русскіе хирурги.

О переливаніи крови.

Съ цѣлью отмѣтить особенности хирургической практики проф. Анэнделя, я, мимоходомъ, упомяну еще о способѣ переливанія крови слабымъ анэмичнымъ больнымъ.

Вообще въ Эдинбургской больницѣ «Royal Infirmary» операція autotransfusio sanguinis примѣняется нерѣдко; такъ, д-ръ Джонъ Дён-

капъ [1]), Котериль, Кэрмичель и Анэндель [2]) обнародовали нѣсколько случаевъ съ весьма успѣшными результатами. Показаніемъ къ этой операціи служатъ острая анэмія или anaemia perniciosa; но преимущественно она примѣняется при травматическихъ ампутаціяхъ у больныхъ, потерявшихъ много крови во время поврежденія; поэтому я представлю здѣсь описаніе этой операціи въ такомъ видѣ, какъ она примѣняется Анэнделемъ при только-что указанныхъ условіяхъ.

Техника операціи autotransfusionis sanguinis. Инструменты, необходимые для этой операціи, суть: стеклянная спринцовка емкостью въ 6—8 унцій жидкости; небольшая стеклянная трубочка (канюля) длиною въ 2 дюйма, у которой одинъ конецъ постепенно съуживается книзу и наискосокъ отшлифованъ (на подобіе гусинаго писчаго пера), а другой конецъ имѣетъ оливкообразную форму, посредствомъ которой фиксируется короткая резиновая трубка; далѣе градуированный цилиндръ и стеклянная или фарфоровая чашка. Всѣ эти снаряды, непосредственно до операціи, тщательно вымываются въ растворѣ сулемы или карболовой кислоты и погружаются въ теплую воду. Техника операціи autotransfusio sanguinis, по Дёнкану.

Вся кровь, которую теряетъ больной во время ампутаціи, собирается въ чашку, въ которой находится растворъ фосфорнокислой соды (phosphate of soda); вслѣдствіе этого свѣже-выпущенная кровь не створаживается, а остается жидкою. Пятипроцентный растворъ соды [3]) смѣшивается съ свѣжевыпущенною кровью въ пропорціи 1 : 3; послѣдняя собирается въ градуированный сосудъ, нагрѣтый до 104° (F) = 40° (C).

Когда конечность ампутирована и перерѣзанные артеріальные сосуды уже перевязаны, операторъ приступаетъ къ переливанію собранной крови. Для этого онъ вытягиваетъ на поверхности культи подходящую вену, вставляетъ въ нее узкій конецъ стеклянной канюли и привязываетъ стѣнку вены къ трубкѣ, другой конецъ которой сообщается помощью короткаго дренажа съ спринцовкою, наполненною кровью въ растворѣ соды. Для того, чтобы жидкость въ спринцовкѣ не охлаждалась, послѣднюю завертываютъ въ теплый компрессъ, смоченный въ

---

[1]) John Duncan. *On Re-infusion of blood in primary and other amputations* (см. «British Med. Journ.» 1886, т. I, стр. 192).

[2]) Thomas Annandale. *Transfusion in the Edinburgh «Royal Infirmary»* (см. «Brit. Med Journ.» 1886, т. I, стр. 325).

[3]) Опытныя изслѣдованія д-ровъ Афанасьева и Отта показали, что достаточно прибавить 0,6%—0,75% хлористаго натрія, чтобы предупредить створаживаніе крови въ живыхъ сосудахъ животнаго (см. М. Афанасьевъ. *О новомъ способѣ непосредственнаго переливанія крови.* «Врачъ» 1884, стр. 395).

растворѣ сулемы или борной кислоты. Принаровивъ все это тщательно, операторъ медленнымъ нажиманіемъ на поршень спринцовки вталкиваетъ постепенно все то количество крови, которое потерялъ больной во время операціи, плюсъ—опредѣленное количество раствора соды. Обыкновенно заразъ вносится въ организмъ 6—8 унцій смѣси, что составитъ $4^1/_2$—6 унцій крови. Слабые анэмичные больные, находящіеся въ обморочномъ состояніи, подъ вліяніемъ такого переливанія оживаютъ и вообще переносятъ эту операцію легко, безъ всякихъ бурныхъ явленій сильнаго возбужденія, какое наблюдается всегда при трансфузіи крови по способу Русселя или Гезеліуса.

Само собою разумѣется, что такимъ же образомъ можно переливать кровь, заимствованную у другаго субъекта.

Многократное переливаніе крови піэмическому больному съ успѣшнымъ исходомъ.

Для иллюстраціи благотворнаго дѣйствія такого способа переливанія крови, Анэндель описываетъ слѣдующій случай, имѣвшій мѣсто въ его клиникѣ:

Въ январѣ 1886 года доставленъ былъ на пятый день послѣ тяжкихъ поврежденій, происшедшихъ при взрывѣ динамита, больной съ явленіями острой піэміи при t° 107° (F) = 41,6° (C). Четыре раза ему переливали кровь вышеописаннымъ способомъ, и не взирая на то, что ему были сдѣланы ампутація бедра, ампутація предплечья, перевязка бедренной артеріи въ Скарповскомъ треугольникѣ и вскрыто множество нарывовъ въ различныхъ частяхъ тѣла, этотъ крайне анэмичный больной, правда медленно, но вполнѣ выздоровѣлъ. Необходимо еще замѣтить, говоритъ Анэндель [1]), что до первой трансфузіи крови у больнаго открылось вторичное кровотеченіе, доведшее его почти до полной потери пульса [2]).

Физіологическое значеніе переливанія крови.

Разсмотримъ, хотя бы очень кратко, физіологическое дѣйствіе этого способа переливанія крови. Благодаря работамъ Кронекера, Вюльпіана и друг. физіологовъ, извѣстно, что если искусственно обезкровить животное до $^1/_3$ всего количества крови, то пульсація сердца и артерій у экспериментированнаго животнаго совершенно исчезаетъ и животное околѣваетъ; но если тому же обезкровленному животному впрыснуть въ вены нѣсколько унцій тепловатой (40° Ц.) воды съ примѣсью 0,6% поваренной соли, то дѣятельность сердца подымается и

---

[1]) l. c. «British Med. Journ.» 1886, т. I, стр. 325.

[2]) Болѣе подробно описалъ этотъ случай д-ръ Бутцъ (см. «Хирургическій Вѣстникъ» 1887 г., стр. 45).

животное постепенно оправляется. Отсюда физіологи заключаютъ, что не недостатокъ гэмоглобина въ организмѣ служитъ причиною смерти анэмичнаго животнаго, а отсутствіе должнаго количества влаги въ кровеносныхъ сосудахъ, той влаги, которая способствуетъ циркулировать оставшейся части гэмоглобина (respective крови), чтобы послѣдній могъ возбуждать «жизненные» центры. Однакоже, наблюденія надъ анэмичными людьми не подтверждаютъ эту теорію: впрыскиваніе одного лишь раствора соли возбуждаетъ сердечные и мозговые центры лишь временно, т. е., это возбужденіе есть явленіе скоропроходящее, ибо кровотворящіе органы требуютъ, помимо хлористаго натрія еще много другихъ веществъ (бѣлковъ), которыхъ въ обезкровленномъ организмѣ недостаточно. На этомъ основаніи нѣкоторые клиницисты (Понфикъ, Афанасьевъ, Никольскій) предпочитаютъ впрыскивать въ кровеносную систему анэмичныхъ, кромѣ солей, еще пептоны или дефибринированную кровь; послѣдняя нерѣдко примѣнялась для трансфузіи, но по-нынѣ она не пользуется особеннымъ довѣріемъ у хирурговъ. Проф. Бергманъ и д-ръ Ангерёръ утверждаютъ, что при переливаніи дефибринированной крови наблюдаются признаки отравленія, знобъ, жаръ и haematuria; Келеръ, ученикъ Бергмана, говоритъ, что фибринородное вещество дѣйствуетъ какъ ядовитое бродило (Ferment-intoxication), которое растворяетъ кровяныя тѣльца, оставшіяся еще въ организмѣ; стало быть, дефибринированная кровь не только не способствуетъ кровотворенію, но она, напротивъ, вредна своимъ разрушительнымъ вліяніемъ на бѣлые кровяные шарики.

Я полагаю, что вышеописанный способъ Эдинбургскихъ хирурговъ теоретически удовлетворяетъ обоимъ условіямъ: 1) при немъ вносится въ организмъ достаточное количество влаги, необходимое для циркуляціи оставшихся кровяныхъ тѣлецъ по кровеносной системѣ; и 2) вливая въ вену анэмичнаго субъекта какое-ни-на-есть количество собственной крови и *не* дефибринированной, мы вносимъ въ его организмъ питательный матеріалъ, вполнѣ годный для быстраго кровотворенія.— Вотъ тѣ теоретическія соображенія, которыя побуждаютъ меня высказаться въ пользу шотландскаго способа переливанія крови, основная мысль котораго принадлежитъ извѣстному англійскому ученому Пэви (Pavy).

Вообще же говоря, вопросъ о трансфузіи крови, несмотря на его вѣковую давность, по-нынѣ ждетъ, такъ сказать, своего реформатора. Онъ періодически возбуждаетъ самый горячій интересъ въ умахъ луч-

шихъ физіологовъ (какъ: Прево, Дюма, Броунъ-Секаръ, Панумъ, Ландуа), или клиницистовъ (Гезеліусъ, Руссель, Бергманъ, Сутугинъ), по вскорѣ эти умы встрѣчаютъ на своемъ пути изслѣдованія непреодолимыя препятствія въ видѣ многихъ неразрѣшимыхъ вопросовъ, касающихся химизма и морфологіи крови, и тогда трансфузія крови опять остается вопросомъ открытымъ. Нельзя не согласиться съ Бергманомъ [1]), что «трансфузія крови по-нынѣ не пріобрѣла правъ «гражданства въ медицинѣ потому, что наши познанія о жизни крови «далеко недостаточны».

Я полагаю, что представленные примѣры оперативной дѣятельности проф. Анэнделя достаточны для характеристики его, какъ оператора вполнѣ современнаго и энергичнаго. Теперь послѣдуемъ за нимъ въ его клинику и познакомимся съ его дѣятельностью у кровати больнаго.

Профессоръ Анэндель при визитаціи палатъ.

При обходѣ палатъ, на сколько я могъ замѣтить, проф. Анэнделя сопровождаютъ не столько студенты, сколько иностранные врачи. — Клиника его представляется нѣсколько обширнѣе клиника проф. Чійне; въ ней находится 50 коекъ, которыя заняты преимущественно оперированными больными различнаго возраста и пола.—Внутреннее устройство палатъ такое же, какое мы видѣли въ предшествующей клиникѣ (см. рис. 73), только здѣсь обстановка болѣе роскошная: на стѣнахъ развѣшены картины и гравюры, на столахъ и окнахъ разставлены корзины и вазы живыхъ цвѣтовъ и т. п. предметы роскоши.

Въ клиникѣ Анэнделя при смѣнахъ повязки не употребляется карболизирующій оросигель, какъ это дѣлается въ клиникѣ Чійне. Перевязки больныхъ производятъ ординаторы и студенты; вообще здѣсь, повторяю, не столько дезинфицируютъ рану, сколько стараются поддерживать во всемъ безукоризненную чистоту и опрятность.

Клиническій матеріалъ профессора Анэнделя.

Клиническій матеріалъ въ этомъ отдѣленіи менѣе разнообразенъ; здѣсь я видѣлъ много однородныхъ формъ хроническихъ болѣзней, какъ-то: канкроиды на губахъ, carcinoma mammae, lupus nasi и т. п. Изъ оперированныхъ больныхъ я замѣтилъ слѣдующіе случаи:

1) *Amputatio brachii* у молодаго человѣка вслѣдствіе травматическаго поврежденія; ампутаціонная рана протекала безлихорадочно и безгнилостно.

---

[1]) E. v. Bergmann. *Die Schicksale der Transfusion im letzten Decennium.* Berlin 1883 (Отдѣльная брошюра).

2) *Resectio genu* у 18-лѣтней дѣвушки; показаніемъ къ резекціи всего колѣна служило туберкулозное страданіе сочлененія.—Способъ резекціи произведенъ по Фолькману, т. е., съ поперечнымъ распиливаніемъ надколѣнника и съ послѣдовательнымъ сшиваніемъ его. Конечность была загипсована выше и ниже колѣна; операціонная рана перевязывалась разъ въ недѣлю Листеровскою марлею; нагноенія почти не было. Операція обѣщала полный успѣхъ, съ образованіемъ анкилоза въ колѣнѣ.

3) Два случая *fracturae complicatae cruris*, въ которыхъ удалены были осколки костей изъ нижней $^1/_3$ большеберцовой кости, протекали вполнѣ удовлетворительно; можно было надѣяться на restitutionem ad integrum.

4) Два случая *tenotomiae* при наружной косолапости (pes varus) у подростковъ 13-и и 16-и лѣтъ. Операція состояла въ подкожномъ разсѣченіи tendinis Achillis и сухожилья m-li tibialis postici. При послѣдовательномъ леченіи примѣнялась жестяная шина съ шалнеромъ на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ голено-стопному сочлененію. Оперированные, повидимому, ходили вполнѣ свободно въ этомъ снарядѣ.

5) Два случая *amputatio mammae* у пожилыхъ женщинъ вслѣдствіе раковаго новообразованія; у одной изъ оперированныхъ уже появился рецидивъ на рубцѣ; у обѣихъ заживленіе раны идетъ per secundam intentionem, съ значительнымъ отдѣленіемъ гноя.

6) Нѣсколько случаевъ *resectio coxae* у дѣтей; послѣдовательное леченіе состоитъ въ примѣненіи вытягивающаго аппарата.

Вообще говоря, проф. Анэндель производитъ обходъ больныхъ очень бѣгло; рѣдко останавливается у кровати того или другаго свѣже-оперированнаго больнаго; еще рѣже онъ разбираетъ теченіе болѣзни съ цѣлью выяснить студентамъ особенности даннаго случая, какъ это дѣлаетъ очень часто проф. Чійне. Быть можетъ, потому-то и число студентовъ, присутствующихъ при визитаціи больныхъ, здѣсь весьма невелико. Больные же относятся къ д-ру Анэнделю съ полнымъ довѣріемъ къ его искусству и весьма охотно соглашаются на всякую оперативную помощь, предложенную имъ проф. Анэнделемъ.

Мнѣ лично проф. Анэндель и здѣсь показался хирургомъ-операторомъ, интересующимся больше искусствомъ своей профессіи, нежели научною стороною своей преподавательской задачи.

Впрочемъ, я думаю, что нижеприведенныя біографическія и библіо-

графическія свѣдѣнія объ этомъ дѣятелѣ выяснятъ читателю причины, способствовавшія развитію его въ указанномъ направленіи.

Біографическія и библіографическія свѣдѣнія о проф. Анэнделѣ.

Annandale [1]) (Thomas) въ октябрѣ 1877 года занялъ кафедру клинической хирургіи, которая почти полвѣка была въ рукахъ знаменитаго оператора Джемса Сайма. Онъ родился въ 1838 году въ городѣ Newcastle-on-Tyne, гдѣ отецъ его много лѣтъ практиковалъ на поприщѣ больничнаго врача. Первоначальное воспитаніе Анэндель получилъ въ мѣстной школѣ, послѣ чего онъ два года обучался практической медицинѣ въ школѣ, бывшей при Ньюкэстльской больницѣ; оттуда онъ въ 1856 году перешелъ въ Эдинбургскій университетъ. Здѣсь врачебное образованіе Анэнделя, говоритъ его біографъ, «прошло не совсѣмъ правильно или гармонично, ибо *онъ слишкомъ рано* «*избралъ себѣ хирургію за путеводную линію своей будущей* «*карьеры*». Еще будучи студентомъ (dresser) онъ почти все время проводилъ въ хирургическихъ палатахъ, въ анатомическомъ театрѣ и за операціоннымъ столомъ, упражняясь въ операціяхъ на трупѣ. Вскорѣ молодой врачъ Анэндель получилъ должность ординатора (house surgeon) госпиталя, гдѣ онъ заявилъ себя энергичнымъ хирургомъ, всегда готовымъ, и днемъ и ночью, оказывать оперативную помощь нуждающимся больнымъ; поэтому профессора-клиницисты его часто приглашали на частную практику въ городѣ.

Въ 1860 году Анэндель получилъ должность ассистента клиники проф. Сайма, а позднѣе онъ занялъ постъ младшаго демонстратора по кафедрѣ анатоміи въ университетѣ; нѣсколько лѣтъ анатомическихъ занятій выработали въ немъ стойкость и увѣренность—качества, столь необходимыя каждому хирургу. Позднѣе онъ получилъ мѣсто лектора систематической, а затѣмъ и клинической хирургіи въ «Медицинской Школѣ» (Extra-Mural School; въ то же время онъ не оставлялъ должность ассистента по кафедрѣ хирургіи въ «Королевской больницѣ», гдѣ, въ свою очередь, онъ занялъ мѣсто хирурга; наконецъ, въ 1877 году онъ былъ избранъ профессоромъ клинической хирургіи на мѣсто покойнаго Сайма.

Проф. Анэндель съ 1864 года принимаетъ весьма дѣятельное участіе въ медицинской литературѣ; изъ его литературныхъ трудовъ мы можемъ указать на слѣдующіе:

---

[1]) William Hole. *Quasi Cursores portraits of the high officers and professors of Edinburgh at its tercentenary Festival.* Edinburgh 1884, стр. 255.

1) «*On the injuries and diseases of the hip-joint*» (О поврежденіяхъ и болѣзняхъ тазобедреннаго сустава); сочиненіе это было награждено золотою медалью Эдинбургскаго университета.

2) «*On the malformations, diseases and injuries of the fingers and toes, and their surgical treatment*» (Объ уклоненіяхъ въ формѣ, о болѣзняхъ и поврежденіяхъ пальцевъ руки и ноги и о хирургическомъ леченіи ихъ) — сочиненіе, получившее *Джексоновскую* премію въ 1864 г.

3) «*Contributions on tumours*» [1]) (Трактатъ объ опухоляхъ).

4) «*The operation of nephrotomy*» [2]) (Операція нефротоміи).

5) «*Fatty hernia*» [3]) (Жировыя грыжи).

6) «*Diseases of the breast*» [4]) (Болѣзни грудной желѣзы).

7) «*Pathology and operative treatment of hip-joint diseases*» [5]). (Патологія и оперативное леченіе болѣзней тазобедреннаго сочлененія).

8) «*Surgical appliances and minor operative surgery*» (Хирургическая практика и десмургія)—руководство для студентовъ.

Кромѣ того, Аннандель такъ часто принимаетъ участіе въ періодической медицинской печати, что съ 1860 по 1877 имъ было написано 74 журнальныхъ статьи, а съ 1877 по 1884 онъ описалъ еще 15 клиническихъ наблюденій. При такомъ количествѣ литературнаго труда, само собою разумѣется, что содержаніе статей представляется весьма различнымъ, какъ по качеству, такъ и по значенію ихъ въ практической хирургіи; но *всѣ литературные труды* Аннанделя *носятъ на себѣ печать* автора-*практика, описывающаго успѣшные исходы операцій,* составляющихъ прогрессъ въ оперативной хирургіи. Онъ пишетъ всегда простымъ разговорнымъ языкомъ; хотя его литературное перо не щеголяетъ изяществомъ, но оно какъ-то живо передаетъ картину дѣйствія знатока своего дѣла, короче, по этимъ трудамъ читателю нетрудно убѣдиться, что авторъ ихъ шагъ за шагомъ слѣдовалъ за прогрессомъ хирургіи. Какъ учитель, Аннандель можетъ служить примѣромъ прилежанія и любви къ дѣлу, а какъ операторъ — онъ искусенъ, заботливъ, аккуратенъ и не навязчивъ; само дѣло, хотя подчасъ очень трудное, ведетъ его по лучшему

---

[1]) См. British Med. Journal. 1868.

[2]) См. Edinb. Med. Journ. 1869.

[3]) Ibidem. 1870.

[4]) Ashurst's International Encyclopedia of Surgery.

[5]) См. Medic. Times Gazette. 1874.

пути. Когда Анэндель состоялъ ассистентомъ при проф. Саймѣ, онъ былъ идеальнымъ помощникомъ — всегда на все готовъ, ничего не забывалъ, весьма точенъ, никогда не обезкураженъ. Теперь всѣ эти качества обезпечиваютъ ему успѣхъ при его весьма серьезныхъ и блестящихъ операціяхъ.

Анэндель мало принимаетъ участія въ медицинской политикѣ (medical politics), по выраженію его біографа; но онъ всегда слылъ хорошимъ гражданиномъ, готовымъ читать популярныя лекціи или оказывать другую посильную помощь обществу и согражданамъ.

Литературные источники:

1) Mendelsohn. *Untersuchungen über die Muskelzuckung bei Erkrankungen des Nerven- und Muskelsystems.* Dissert. Dorpat 1884.

2) Thomas Annandale. *Suprapubic lithotomy* (см. «British Med. Journ.» 1886. т. II, стр. 676).

3) John Duncan. *On Re-infusion of blood in primary and other amputations* (см. «British Medical Journal» 1886. т. I, стр. 192).

4) Thomas Annandale. *Transfusion in the Edinburgh Royal Infirmary* (см. «British Medical Journal» 1886, т. I, стр. 325).

5) М. Афанасьевъ. *О новомъ способѣ непосредственнаго переливанія крови* (см. «Врачъ» 1884, стр. 395).

6) Ричардъ Бутцъ. Хирургическое отдѣленіе Королевской больницы (Royal Infirmary) въ Эдинбургѣ (см. «Хирург. Вѣстникъ» 1887, стр. 46).

7) E. v. Bergmann. *Die Schicksale der Transfusion im letzten Decennium.* Berlin 1883.

8) William Hole. *Quasi Cursores portraits of the high officers and professors of Edinburgh ad its tercentenary festival.* Edinburgh 1884, стр. 255.

9) *Medical Directory for 1887.*

ГЛАВА XX.

Учебно-вспомогательныя учрежденія въ Эдинбургѣ. — Хирургическое отдѣленіе д-ра Бэля въ «Эдинбургской Королевской больницѣ».— Составъ клиническаго матеріала.—Антисептическіе пріемы д-ра Бэля.— Выдающіеся оперативные случаи его клиники, съ указаніемъ теченія ранъ.—Бэль на амбуляторномъ пріемѣ больныхъ. — Таблица, указывающая результаты операцій д-ра Бэля въ «Эдинбургской Королевской больницѣ» за 1880—1884 г. включительно.—Нѣкоторые выводы изъ этой таблицы. — Біографическія и библіографическія свѣдѣнія о Джозефѣ Бэлѣ. – Спеціальное отдѣленіе для операцій въ брюшной полости женщины.—Антисептика д-ра Томасза Кэйсза. — Результаты его оваріотомій.—Учебно-вспомогательныя учрежденія въ Эдинбургскомъ университетѣ.—Проф. Тёрнеръ, представитель кафедры описательной анатоміи.— Внутреннее устройство новаго «Анатомическаго Института». – Анатомическій музей «Королевской Коллегіи Хирурговъ» въ Эдинбургѣ.—Выдающіеся препараты этого музея.—Годичный актъ Эдинбургскаго университета и публичная раздача дипломовъ на ученыя званія. Литературные источники.

Въ томъ-же клиническомъ зданіи «Royal Infirmary находится хирургическое отдѣленіе д-ра Джозефа Бэля, состоящаго въ должностяхъ лектора университета и преподавателя «Школы практическихъ врачей» (Extra-mural-school). Д-ръ Бэль—родственникъ знаменитаго въ свое время шотландскаго анатома, Чарльза Бэля,—не смотря на свой пожилой возрастъ (на видъ онъ смотритъ старше двухъ вышеописанныхъ профессоровъ хирургіи) и столь почетное происхожденіе, играетъ въ Эдинбургскомъ университетѣ весьма скромную роль доцента. Тѣмъ не менѣе, имя Джозефа Бэля пользуется уваженіемъ какъ въ обществѣ, такъ и въ медицинской литературѣ; его обширная клиника посѣщается весьма охотно не только студентами, но и врачами, спеціализирующимися въ хирургіи.

Составъ клиническаго матеріала доцента Д. Бэля.

Хирургическое отдѣленіе д-ра Бэля расположено въ первомъ этажѣ вышеописаннаго зданія «Королевской больницы въ Эдинбургѣ», а по количеству и качеству клиническаго матеріала это отдѣленіе превосходитъ другія клиники штатныхъ профессоровъ университета. Въ вѣдѣніи д-ра Бэля находятся: 4 большія палаты по 16 коекъ; одна палата для горловыхъ больныхъ въ 10 коекъ и три малыя палаты по двѣ койки; итого 80 стаціонарныхъ больныхъ составляютъ клиническій матеріалъ д-ра Бэля. Чтобы дать нѣкоторое представленіе о характерѣ этого клиническаго матеріала, я позволю себѣ привести здѣсь нѣкоторыя замѣтки, выписанныя мною изъ ординаторскаго журнала этого отдѣленія за 1885 г., какъ-то: съ 1-го января по 1-е августа того-же года было сдѣлано ампутацій конечностей — 25 (въ томъ числѣ 4 случая вылущенія стопы по Сайму), резекцій сочлененій—14; различныхъ другихъ большихъ операцій (herniotomia, tracheotomia, urethrotomia, amputatio mammae и т. п.) — 139; изъ 40 ампутированныхъ и резецированныхъ умерло — 4; изъ 139 другихъ оперированныхъ умерло 6. Стало быть, на 179 оперированныхъ— 10 умершихъ = 5,5°|₀.

Я полагаю, что этимъ, хотя малымъ, но несомнѣнно вѣрнымъ числовымъ даннымъ можно придать нѣкоторое значеніе при оцѣнкѣ дѣятельности скромнаго лектора по хирургіи—д-ра Джозефа Бэля.

При моемъ посѣщеніи этой клиники, хозяинъ ея не только охотно демонстрировалъ каждаго интересующаго меня больнаго, но предлагалъ изслѣдовать больныхъ, передавалъ мнѣ обстоятельныя свѣдѣнія о предшествовавшихъ явленіяхъ той или другой формы болѣзни и, главное, снабдилъ меня нѣкоторыми отчетами своего отдѣленія, публикуемыми имъ каждое полугодіе въ «Edinburgh Medical Journal».— Ниже я представляю читателю нѣкоторыя статистическія выкладки изъ доставленныхъ мнѣ отчетовъ этой клиники.

Антисептическій матеріалъ д-ра Бэля.

Д. Бэль примѣняетъ въ своемъ отдѣленіи строгую противугнилостную повязку, но чрезвычайно упрощенную въ сравненіи съ антисептическими повязками Листера или Чійне. Матеріаломъ для перевязки свѣжей оперативной раны служатъ слой опилочной ваты, обработанной въ сулемѣ, широкая пелена гигроскопической ваты, обвернутой въ желтой Листеровской марлѣ и таковой-же бинтъ. Spray не примѣняется вовсе; раны орошаются изъ особенной спринцовки, дающей нѣсколько тонкихъ и слабыхъ струй жидкости.

Изъ выдающихся оперированныхъ случаевъ я видѣлъ здѣсь слѣдующіе: Выдающіеся оперативные случаи.

1) *Laryngotomia transversalis* (по способу Видаля де-Касиса), предпринятая съ цѣлью удалить крупно разросшееся новообразованіе въ полости гортани; случай этотъ протекалъ вполнѣ удовлетворительно.

2) 3 случая *amputatio femoris*; всѣ три культи зажили безъ нагноенія, за исключеніемъ угловъ раны, гдѣ лежали дренажныя трубки.

3) *Amputatio cruris* въ нижней $^1/_3$; рана протекала безупречно, не смотря на то, что для образованія покрышки культи авторъ вынужденъ былъ заимствовать лоскутъ изъ внутренней поверхности пятки, какъ это дѣлается при вылущеніи въ пяточно-таранномъ сочлененіи (exarticulatio sub astragalo), по Мальгеню, и какъ я предлагаю это дѣлать при костно-пластической ампутаціи голени.

4) Два случая *resectio articulationis cubiti;* одна резекція у ребенка, предпринятая три дня назадъ, обѣщала дать вполнѣ успѣшный исходъ, судя по тому, что оперированный ребенокъ уже производилъ ограниченныя движенія предплечьемъ. (Сравните этотъ случай съ наблюденіемъ III изъ клиники проф. Листера). — Вторая резекція въ локтевомъ сочлененіи была сдѣлана у пожилаго мужчины; операціонная рана представлялась уже вполнѣ зарубцевавшеюся; но у оперированнаго образовался «болтающійся» суставъ (Schlottergelenk). Д-ръ Бэль увѣрялъ меня, что немощность сочлененія зависѣла въ данномъ случаѣ отъ мышечной атрофіи, послѣдовавшей отъ продолжительнаго покоя и которую онъ надѣется устранить электризаціею.

5) Два случая *herniotomia* съ хорошими исходами, при заживленіи ранъ «первымъ натяженіемъ».

6) Нѣсколько случаевъ *amputatio mammae*, зажившіе и заживающіе безъ нагноенія.

7) Два случая *resectio genu*, протекавшіе весьма успѣшно.

8) Нѣсколько случаевъ *arthrotomia coxae* при хроническомъ гнойномъ воспаленіи тазобедреннаго сустава; теченіе ранъ обѣщало удовлетворительный исходъ.

9) Нѣсколько случаевъ *amputatio partialis pedis* по Шопару, Лисфранку и Сайму; но ни одного случая костно-пластической ампутаціи по Пирогову. Изъ личной бесѣды съ д-ромъ Бэлемъ я убѣдился, что родина Саймовской ампутаціи по-нынѣ не допускаетъ конкурента послѣдней—Пироговской операціи.

10) Три-четыре случая *dilatatio urethrae* у мужчинъ форсированнымъ способомъ посредствомъ металлическихъ бужей.—Эту операцію д-ръ Бэль производилъ въ моемъ присутствіи при обходѣ палатъ; онъ дѣлаетъ ее ловко, быстро и весьма успѣшно.

Вообще говоря, при неоднократномъ и внимательномъ обзорѣ клиническаго матеріала д-ра Бэля, я могъ замѣтить, что всѣ оперативныя раны протекали совершенно безгнилостно и безлихорадочно, исключая одного случая весьма тяжкаго травматическаго поврежденія бедренной кости, осложненнаго сотрясеніемъ мозга (commotio cerebri) и кровохарканіемъ, протекавшаго при высокой температурѣ и другаго случая amputatio mammae у весьма пожилой женщины, у которой рана гноилась.

Внутреннее устройство палатъ и вообще администрація этого хирургическаго отдѣленія почти ничѣмъ не отличаются отъ вышеописанныхъ университетскихъ клиникъ: здѣсь повсюду видна простота и чистота во всемъ и на всѣхъ.

Д-ръ Бэль на амбулаторномъ пріемѣ больныхъ.

Къ сожалѣнію, мнѣ ни разу не удалось послушать лекціи д-ра Бэля, потому что къ концу іюля (время моего пребыванія въ Эдинбургѣ) кончается лѣтній семестръ «Медицинской Школы». Но съ наступленіемъ каникулъ д-ръ Бэль не прерываетъ своихъ занятій въ госпиталѣ, гдѣ онъ ежедневно производитъ амбулаторный пріемъ приходящихъ больныхъ въ присутствіи многихъ студентовъ и пріѣзжихъ врачей. Не безъ удовольствія я разъ просидѣлъ два часа на амбулаторномъ пріемѣ д-ра Бэля, слѣдя за тѣмъ, какъ этотъ весьма опытный клиницистъ обучаетъ студентовъ правильной постановкѣ діагноза и оказанію хирургической помощи обыденными (болѣе дешевыми) средствами. Его амбулаторія посѣщается студентами болѣе охотно, нежели пріемы проф. Чйне и Анэнделя, и число приходящихъ больныхъ въ отдѣленіи д-ра Бэля значительно превышаетъ амбулаторіи послѣднихъ.—Такъ, напримѣръ, въ теченіи лѣтняго семестра 1884 г. въ книгу приходящихъ больныхъ внесено было 1393 случая, между которыми было: болѣзней суставовъ—102 случая; переломовъ костей—70 случаевъ; вывиховъ—55 случаевъ; ущемленій грыжъ—15 и т. п. [1]).—Такой разнообразный амбулаторный матеріалъ, если онъ утилизируется студентами толково и производительно, составляетъ, по моему мнѣнію,

---

[1]) D-r Barett. *Statistics of operations in M-r Bell's wards, «Royal Infirmary Edinburgh»* (см. «Edinburgh Medical Journal» 1885, Jule).

весьма цѣнное подспорье для практическаго изученія обыденной хирургіи.

Къ сожалѣнію, ни германскія, ни наши университетскія клиники не даютъ учащимся медицинѣ возможности еще на школьной скамьѣ освоиться съ самыми обыденными требованіями прикладной медицины,— поэтому-то нашимъ молодымъ врачамъ приходится, хотя—не-хотя, добиваться права безвозмезднаго пріема больныхъ въ нашихъ многочисленныхъ лечебницахъ (въ родѣ Георгіевской Общины сестеръ милосердія, Максимиліановской лечебницы, Св. Троицкой Общины въ Петербургѣ и мн. друг.), чтобы тамъ пополнить этотъ важный пробѣлъ въ своемъ медицинскомъ образованіи. Но, не говоря уже о томъ, что не всѣмъ молодымъ врачамъ открытъ доступъ въ эти лечебницы, самонаблюденіе и самоизученіе болѣзней на мимолетно-проходящихъ больныхъ отчасти развиваетъ въ практикующемъ врачѣ привычку «*шаблоннаго*» леченія.

Эдинбургская школа медицины, сознавая всю важность амбулаторнаго изученія прикладной хирургіи, не могла избрать болѣе достойнаго руководителя учащихся въ этой отрасли медицины, какъ опытнаго, практическаго и вполнѣ современнаго хирурга—Джозефа Бэля. Вообще его отношенія къ студентамъ чрезвычайно радушны и дружественны, по всему видно, что онъ любимъ студентами и его практическія бесѣды посѣщаются очень охотно.

Въ заключеніе этого краткаго очерка дѣятельности лектора Бэля я представлю результаты его оперативной практики въ описываемой «Royal Infirmary» за нѣсколько лѣтъ въ формѣ слѣдующей таблицы:

Таблица XXIII [1]), указывающая результаты операцій д-ра Бэля, предпринятыхъ имъ въ «Эдинбургской королевской больницѣ» за **1880—1884** гг. включительно.

	Названія операцій.	1880 — 81 г.			1881 - 82			1882 [2])			1883 [2])			1883 — 84			1884 [2])			Summa summarum.			
		Число случаевъ.	Выздоров.	Умерло.	Число случаевъ.	Выздоров.	Умерло.	Число случаевъ.	Выздоров.	Умерло.	Число случаевъ.	Выздоров.	Умерло.	Число случаевъ.	Выздоров.	Умерло.	Число случаевъ.	Выздоров.	Умерло.	Число случаевъ.	Выздоров.	Умерло.	% смертности.
1	Ампутаціи конечностей	24	23	1	30	30	0	4	4	0	16	15	1	38	36	2	8	7	1	120	115	5	4,1
2	Резекціи сочлененій	2	2	—	3	3	—	2	2	—	2	2	—	5	5	—	8	8	—	22	22	0	—
3	Трепанаціи черепа	—	—	—	—	—	—	—		—	2	1	1	—	—	—	1	0	1	3	1	2	—
4	Горлосѣченія (tracheotomia)	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—
5	Грыжесѣченія (herniotomia)	5	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0	1	—	—	—	6	3	3	—
6	Операціи на костяхъ.	6	6	—	16	15	1	5	5	—	4	4	—	—	—	—	12	12	—	43	42	1	—
7	» » сухожильяхъ	4	4	0	6	6	0	2	2	0	4	4	—	—	—	—	—	—	—	16	16	0	—
8	» » лицѣ	8	8	—	8	8	1	5	5	—	3	3	—	—	—	—	8	8	—	33	32	1	—
9	» » мочеполовыхъ органахъ .	8	8	—	12	12	0	13	13	—	8	8	—	1	1	—	1	1	—	43	43	0	—
10	» » прямой кишкѣ	3	3	—	9	9	—	7	7	—	3	3	—	—	—	—	1	1	—	23	23	0	—
11	Удаленія опухолей	39	38	1	50	50	0	24	24	0	25	24	1	25	25	1	28	27	1	192	188	4	2
12	Прочія операціи	1	1	—	10	8	2	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	12	2	—
		102	97	5	145	141	4	65	65	0	67	64	3	71	67	4	67	64	3	517	498	19	3,6

[1]) Таблица эта составлена мною изъ шести полугодичныхъ отчетовъ этой клиники, опубликованныхъ въ «Edinburgh Medical Journal» за соотвѣтственные годы.

[2]) Числа, обозначенныя этимъ знакомъ, указываютъ лѣтній семестръ того же года.

Нѣкоторые выводы изъ этой таблицы.

На основаніи представленныхъ въ послѣдней рубрикѣ чиселъ, легко убѣдиться, что оперативная практика д-ра Бэля даетъ исходы, вполнѣ достойные быть поставленными въ параллель съ результатами первыхъ германскихъ клиницистовъ, какъ Фолькмана, Бергмана, Бильрота. Правда, число нѣкоторыхъ частныхъ операцій (herniotomia, tracheotomia, trepanatio cranii) весьма незначительно; но если для сравнительной оцѣнки оперативнаго успѣха принять за мѣрило исходы ампутацій большихъ конечностей, какъ это совѣтовалъ еще Пироговъ, Фолькманъ и друг., то результаты д-ра Бэля нужно считать весьма успѣшными. Такъ, мы видимъ: изъ 120 ампутированныхъ умерло 5, что составляетъ всего 4% смертности; изъ 22 резекцій большихъ сочлененій не было ни одного смертельнаго исхода; изъ 43 крупныхъ операцій на костной системѣ кончился летально всего одинъ случай; наконецъ, если вычислить общій процентъ смертности всѣхъ оперированныхъ въ теченіи 6 семестровъ, то онъ будетъ очень незначителенъ; именно: изъ 517 большихъ кровавыхъ операцій кончились летально всего 19 случаевъ, что составляетъ 3,6% смертности. Приписывать подобный малый процентъ смертности винѣ операціи — на врядъ-ли логично, ибо, какъ мы видѣли выше, въ англійскихъ госпиталяхъ обыкновенный процентъ смертности стаціонарныхъ хирургическихъ больныхъ равняется 5—6%, напр., въ «London hospital» (см. главу VIII). Еще болѣе успѣшными представятся результаты клиники д-ра Бэля, если ихъ сравнить съ результатами операцій, предпринятыхъ въ «St. Bartholomew's hospital» въ Лондонѣ. Изъ таблицы VIII видно, что изъ 856 оперированныхъ въ названномъ госпиталѣ умерло 89, или 10,3%, а изъ таблицы X явствуетъ, что въ томъ же госпиталѣ ампутаціи конечностей давали (до 1884 г.) 16,9% смертности.

Стало быть, оперативная дѣятельность д-ра Бэля въ отдѣленіи «Эдинбургской Королевской больницы» можетъ быть названа блестящею въ сравненіи съ результатами операцій въ «St. Bartholomew's hospital въ Лондонѣ. И въ этомъ фактѣ я вижу подтвержденіе неоднократно мною указанному закону—*на исходы операцій, не смотря на примѣненіе одинаковыхъ антисептическихъ мѣръ, имѣетъ большое вліяніе конституція госпиталя,* понимая подъ этимъ словомъ все, что окружаетъ больнаго, кромѣ агентовъ, исходящихъ изъ рукъ хирурга.

Заканчивая свой очеркъ дѣятельности Джозефа Бэля въ клиниче-

ской больницѣ «Royal Infirmary», я не могу не замѣтить, что такіе скромные, но энергичные дѣятели, какъ только-что названный лекторъ (lecturer on surgery—таково оффиціальное званіе д-ра Бэля среди университетской корпораціи) приносятъ большую пользу учащимся, хотя они не создаютъ себѣ школы учениковъ въ общепринятомъ смыслѣ этого слова.—Изъ уваженія къ полезной дѣятельности этого скромнаго труженика, я приведу здѣсь нѣкоторыя краткія біографическія и библіографическія свѣдѣнія объ этомъ учителѣ Шотландской школы.

Біографическія и библіографическія свѣдѣнія о Дж. Бэлѣ.

Bell (Joseph) родился въ 1837 году въ Эдинбургѣ, воспитывался въ университетѣ, гдѣ онъ состоялъ ассистентомъ при проф. Саймѣ; въ 1859 году онъ получилъ званіе доктора медицины (M. D.), а два года спустя онъ принялъ въ университетѣ должность демонстратора по кафедрѣ анатоміи. Съ 1863 года Д. Бэль носитъ званіе лектора по хирургіи и состоитъ экзаменаторомъ въ «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Эдинбургѣ»; кромѣ того, онъ завѣдуетъ хирургическимъ отдѣленіемъ въ «Royal Infirmary», гдѣ онъ читаетъ студентамъ «Медицинской Школы» курсъ клинической хирургіи.

Не смотря на свою любовь къ избранной имъ спеціальности и къ литературному труду вообще, Д. Бэль ничего выдающагося въ хирургіи не создалъ. Изъ его ученыхъ трудовъ можно упомянуть его руководство по оперативной хирургіи: «*A manuel of the operations of surgery*», выдержавшее 5 изданій; кромѣ того, Д. Бэль уже 15 лѣтъ состоитъ издателемъ медицинскаго органа «Edinburgh Medical Journal», на страницахъ котораго онъ часто публикуетъ казуистическія наблюденія изъ своей клиники, какъ-то:

1) *Case of villous cancer of the bladder* [1]). (Случай ворсистаго рака въ мочевомъ пузырѣ).

2) *Surgical cases in relation to temperature* [2]). [О температурѣ тѣла въ зависимости отъ хирургическаго (respective) оперативнаго леченія].

3) *Closure of the genital fissure as a means of treatment in cases of vesico vaginal fistula* [3]). (Сшиваніе половой щели какъ средство леченія обширнаго пузырно-влагалищнаго свища).

---

[1]) См. «Edinburgh Medic. Journ.» 1863, May.

[2]) См. Ibidem 1873, August.

[3]) См. Ibidem 1875, February.

4) *Surgical cases. Injuries and operations* [1]). (Къ казуистикѣ повреждeній и операцій).

5) *On a form of loss of memory occasionally following cranial injuries* [2]). (О потерѣ памяти, обнаруживавшейся послѣ поврежденія черепа).

6) *In Memoriam Sir William Fergusson. Bart* [3]). [Въ память Уильяма Ферьюссона (некрологъ)].

Специальное отдѣленіе для операцій въ брюшной полости женщины.

Въ томъ же зданіи «Royal Infirmary» при университетскихъ хирургическихъ клиникахъ находится небольшое обособленное отдѣленіе, предназначенное исключительно для пріема женщинъ, подлежащихъ операціи ovariotomiae. Этимъ специальнымъ отдѣленіемъ завѣдуетъ д-ръ Томасъ Кэйсзъ (Thomas Keith), носящій оффиціально слѣдующее званіе: — «Extra-Surgeon for treatment of ovarian diseases» - попросту — оваріотомистъ. — Я обращаю вниманіе на это многословное званіе д-ра Кэйсза, чтобы показать, что и въ Шотландскихъ школахъ медицины эта часть оперативной гинекологіи выдѣлилась въ особую отрасль и предоставлена специальному хирургу (extra-surgeon).

Это клиническое отдѣленіе состоитъ: изъ двухъ малыхъ палатъ (по двѣ койки въ каждой), малой операціонной комнаты и небольшаго кабинета для ассистента клиники.—Палаты поражаютъ своею простотою и цѣлесообразностью устройства, согласно съ современными требованіями безгнилостной хирургіи;—какъ видно, особенное вниманіе обращено было при устройствѣ этой клиники на возможность обеззараживать воздухъ, мебель и стѣны комнатъ химическими агентами (хлористымъ цинкомъ, сулемой и т. п.).

Въ этомъ отдѣленіи я видѣлъ (29/VII 1885) нѣсколько оперированныхъ женщинъ, у которыхъ заживленіе раны на брюшныхъ стѣнкахъ подъ одною повязкою въ теченіи первой недѣли послѣоперaціоннаго періода—составляло обычное явленіе.

Антисептика д-ра Томаса Кэйсза.

Д-ръ Кэйсзъ при операціяхъ въ брюшной полости не употребляетъ spray, но зорко слѣдитъ за тщательнымъ провѣтриваніемъ и обеззараживаніемъ воздуха операціонной комнаты; въ виду этого двери послѣдней обыкновенно держатся подъ замкомъ, а окна всегда—настежь открытыми; непосредственно до операціи эта комната тщательно вымы-

---

[1]) См. Ibidem 1879, March.

[2]) См. Ibidem 1883, February.

[3]) См. Ibidem 1887, March.

вается обеззараживающею жидкостью, окна закрываются и воздухъ въ ней согрѣвается каминомъ.

Хотя матеріаломъ для перевязки ранъ Кэйсзъ употребляетъ карболизованную марли, приготовленную по Листеру, но въ самомъ способѣ примѣненія антисептики онъ мнѣ казался не такимъ педантомъ, какъ вышеописанный оваріотомистъ Сзорнтонъ. Тѣмъ не менѣе, результаты д-ра Кэйсза въ общемъ не хуже послѣдняго; изъ 50 оваріотомій, сдѣланныхъ въ отдѣленіи «Royal Infirmary» до 1885 г. умерло всего двое, что составляетъ 4% смертности, тогда какъ сотня оваріотомій, произведенная въ «Samaritan free hospital» въ Лондонѣ Сзорнтономъ и Мерисзомъ [1]) (листеріянцами) и опубликованная послѣднимъ въ 1884 г., давала 6% смертности.—Далѣе, у восьми изъ 50 оперированныхъ въ «Samaritan free hospital» t° доходила до 102° (Ф) = 38,8° (Ц), тогда какъ въ клиникѣ Кэйсза наивысшая средняя t° всѣхъ 50 оперированныхъ равнялась 100,6° (Ф) = 37,8° (Ц). Авторъ отчета описываемой клиники—Skene Keith—видитъ источникъ столь блестящихъ успѣховъ оваріотомій въ двухъ факторахъ: во-первыхъ—въ безусловной чистотѣ оперируемой; во-вторыхъ — въ совершенствѣ оперативной техники оваріотомистовъ [2]).

Результаты его оваріотомій.

Выше (см. главу VI) я уже имѣлъ случай высказать свое мнѣніе объ успѣхахъ въ оперативной гинекологіи вообще; здѣсь я только прибавлю, что всякій хирургъ, привычный къ анализированію окружающихъ его явленій, не можетъ не согласиться съ только-что приведенными мною положеніями Кэйсза.

Я полагаю, что представленные мною очерки клинической дѣятельности проф. Чійне, Анэнделя, д-ровъ Дж. Бэля и Т. Кэйсза могутъ дать читателю ясное представленіе о практической сторонѣ медицинскаго образованія въ Эдинбургскомъ университетѣ. Для полноты описанія послѣдняго, какъ разсадника научныхъ свѣдѣній по медицинѣ, мнѣ остается еще познакомить своихъ читателей съ нѣкоторыми другими учебно-образовательными учрежденіями. Имѣя въ виду пре-

---

[1]) См. «British Medic. Journ. 1884, August.

[2]) Въ подлинникѣ сказано такъ: «The mortality — two deaths aut of fifty operations, or four per cent—demonstrates that an almost *special education is required* for abdominal surgery». (Смертность, равная 4% явно доказываетъ, что для брюшной хирургіи почти необходимо спеціальное знаніе оператора). D-r Skene Keith. *Fifty cases of ovariotomy* (см. «British Medic. Journ.» 1885 г., т. II, стр. 829).

имущественно врачей-хирурговъ, я намѣренъ здѣсь вкратцѣ описать анатомическія лабораторіи, музеи и секціонныя залы въ Эдинбургѣ.

Кафедру описательной и практической анатоміи па медицинскомъ факультетѣ занимаетъ проф. Тёрнеръ (William Turner), при содѣйствіи котораго въ 1883 г. въ Эдинбургѣ воздвигнуто «новое зданіе» анатомическаго института, поражающее своимъ просторомъ и грандіозностью: въ одной анатомической аудиторіи легко могутъ размѣститься до 800 слушателей; въ секціонномъ залѣ, гдѣ студенты упражняются въ препарированіи, находится 90 столовъ для 270 одновременно работающихъ лицъ; здѣсь каждому студенту отведено не только особенное мѣсто у рабочаго стола, но еще шкафъ для храненія платьевъ, книгъ, инструментовъ и т. п.—Въ срединѣ этого обширнаго анатомическаго театра бьетъ постоянный фонтанъ, мелкая водяная пыль котораго пріятно освѣжаетъ воздухъ; эта зала, кромѣ стекляной крыши, освѣщается двухэтажнымъ рядомъ оконъ; особенная усовершенствованная система въ вентилированіи залы даетъ возможность каждому, хотя бы самому брезгливому человѣку, оставаться въ этомъ источникѣ гнилостныхъ веществъ, не замѣчая вовсе трупнаго запаха; а удобная, отчасти даже изящная обстановка этой препаровочной, я полагаю, способствуетъ привлеченію студентовъ къ секціонному столу. Вообще, во всемъ видна крайняя заботливость о чистотѣ и цѣлесообразности этого учрежденія. Изъ залы чрезъ стекляныя двери видны кабинеты препараторовъ и демонстраторовъ, которые имѣютъ возможность слѣдить за занятіями студентовъ, а послѣдніе, въ свою очередь, могутъ въ рабочіе часы обращаться за разъясненіями къ своимъ руководителямъ.

Проф. Тёрнеръ—представитель кафедры описательной анатоміи.

Анатомическій институтъ.

Рядомъ съ секціонной залой находится анатомическій музей, устроенный по образцу Гёнтеровскаго музея въ Лондонѣ. Въ нижнемъ помѣщеніи залы разставлены въ систематическомъ порядкѣ остовы различныхъ животныхъ (кита, слона, обезьянъ и т. п.) и скелеты человѣка какъ нормальной, такъ и патологической формы.—На галлереяхъ той же залы размѣщены въ шкафахъ и витринахъ препараты по патологической анатоміи.—Въ день моего посѣщенія этого музея (27/VII 1885) происходила переноска препаратовъ изъ стараго зданія университета во вновь открытое зданіе анатомическаго института, и потому я не могъ ближе познакомиться съ особенностями этого громаднаго музея.

Проф. Тёрнеръ, сопровождавшій меня при осмотрѣ института,

обратилъ мое вниманіе на особенную залу—«room of bones», въ которой онъ читаетъ студентамъ лекціи по остеологіи; здѣсь на длинныхъ, параллельно разставленныхъ столахъ прикрѣплены различные препараты костей, весьма изящно обработанные; мѣстоукрѣпленія мышцъ обозначены красною краскою, а укрѣпленія сухожилій — синею краскою; такое схематическое обозначеніе мышечной системы на костныхъ бугоркахъ и гребняхъ, указывающее физіологическое значеніе послѣднихъ, дѣлаетъ препараты весьма демонстративными. — Далѣе, здѣсь разставлены препараты отдѣльныхъ костей черепа съ графическимъ изображеніемъ прохожденія нервовъ и сосудовъ.—Всѣ препараты привинчены къ столу, но такъ, что наблюдатель можетъ вращать препаратъ по оси и осматривать его со всѣхъ сторонъ, не снимая стекляннаго колпака. — Подобная мѣра охраненія препаратовъ даетъ возможность директору института позволять студентамъ во всякое время заниматься въ этой остеологической залѣ.

Замѣтимъ, кстати, что проф. Тёрнеръ [1]) посвящаетъ много времени изученію краніологіи, какъ основному предмету антропологіи, съ каковою цѣлью онъ собираетъ коллекцію типическихъ череповъ различныхъ народностей; между прочими національностями Кавказскаго племени, въ его коллекціи находятся всего *два русскихъ черепа*, посланныхъ ему въ даръ проф. Лесгафтомъ изъ Казани; въ виду недостаточности этого матеріала, проф. Тёрнеръ лично просилъ меня передать своимъ соотечественникамъ — представителямъ кафедры описательной анатоміи, что всякій типическій черепъ славянской расы, доставленный ему въ Эдинбургъ, онъ съ благодарностью приметъ въ даръ Эдинбургскому университету и взамѣнъ этого пошлетъ въ такія же учрежденія Россіи черепа шотландской расы.

Анатомическій музей «Королевской Коллегіи Хирурговъ» въ Эдинбургѣ.

Кромѣ университетскаго анатомическаго музея, въ Эдинбургѣ находится еще другой богатый музей «Королевской Коллегіи Хирурговъ» — (Royal College of Surgeons of Edinburgh). — Живописное зданіе въ древнегреческомъ стилѣ—этой Коллегіи помѣщается на Nicolson street, насупротивъ Стараго Университета. Внутреннее устройство этого музея также напоминаетъ Гёнтеровскій музей въ Лондонѣ; только здѣсь онъ меньшихъ размѣровъ. При музеѣ имѣется богатая библіотека по хирургіи и анатоміи.

---

[1]) См. W. Turner. *On the relations of the convolutions of the human cerebrum to the outer surface of the skull and head.* («Journ. of Anatomy and Phisiology» London 1873, Nov. и 1874, May).

Весь музей раздѣленъ на два отдѣла: первый отдѣлъ носитъ названіе — *коллекція препаратовъ* Джона Бэрклея (John Barklay), бывшаго профессора анатоміи въ Эдинбургѣ (1758—1826); въ этомъ отдѣлѣ собраны препараты преимущественно по сравнительной анатоміи; второй отдѣлъ того же музея носитъ имя знаменитаго хирурга Чарльса Бэля (Charles Bell), читавшаго хирургію въ Эдинбургскомъ университетѣ (1836—1842); въ этой коллекціи преобладаютъ препараты по анатоміи человѣка и по хирургической патологіи.

Постороннія лица допускаются въ зданіе музея не иначе, какъ по рекомендаціи члена «Королевской Коллегіи Хирурговъ». Д-ръ Котериллъ снабдилъ меня визитной карточкой, по представленіи которой мнѣ доставлена была возможность обстоятельно познакомиться съ этимъ богатымъ хранилищемъ анатомо-хирургическихъ трудовъ полуторавѣковаго поколѣнія шотландскихъ хирурговъ.

Вообще говоря, въ описываемомъ музеѣ постороннему посѣтителю легче оріентироваться при обзорѣ выставленныхъ препаратовъ, нежели въ Гёнтеровскомъ музеѣ въ Лондонѣ. Кромѣ практично составленнаго каталога, здѣсь при каждомъ препаратѣ виситъ табличка съ краткимъ описаніемъ его особенностей, происхожденія и значенія. Здѣсь я видѣлъ, между прочимъ, анатомическія работы покойнаго проф. Ферьюсона (Fergusson) — корозивные препараты сосудовъ стопы и таковые же препараты ручной кисти, приготовленные Листономъ (Liston). — Упоминаю я объ этомъ лишь для того, чтобы указать, что такіе клиницисты-хирурги, какъ Ферьюссонъ и Листонъ, въ свое время считали для себя полезнымъ заниматься приготовленіемъ корозивныхъ препаратовъ.

Изъ выдающихся препаратовъ музея «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Эдинбургѣ» я отмѣтилъ слѣдующіе: Выдающіеся препараты этого музея.

1) Подъ № 907 въ коллекціи Бэрклея выставленъ гидроцефалическій черепъ 21-лѣтней женщины неимовѣрныхъ размѣровъ; объемъ этого черепа, на глазъ, мнѣ казался втрое больше нормальнаго. Интересенъ этотъ препаратъ тѣмъ, что hydrocephalus обнаружился всего за три мѣсяца до смерти (такъ гласитъ, по крайней мѣрѣ, надпись на этикетѣ этого препарата), а между тѣмъ кости черепа хотя истончены, но достаточно тверды и плотны. Кромѣ того, сесамовидная косточка между лобными и темянными костями чрезвычайно велика: она представляется въ видѣ треугольника, основаніе котораго равно 6 сантиметрамъ.

2) Сухой препаратъ черепа человѣка, на которомъ сосуды и нервы головы отсепарованы до того тщательно и искусно, что костяная коробка представляется какъ бы вложенною въ густую сѣтку, связанную изъ красныхъ (артеріи) и синихъ (вены) нитей. — Подобный препаратъ мнѣ приходилось видѣть только въ Берлинскомъ музеѣ покойнаго проф. Рейхерта; но тамъ препаратъ хранится въ спирту, слѣдовательно, сосуды и мышцы остались мягкими и гибкими; тогда какъ здѣсь на препаратѣ, кромѣ сухихъ костей, сосудовъ и нервовъ, ничего не видно.

3) Двѣ головы Зейландцевъ съ татуированной кожей на лицѣ и съ сохраненіемъ волосъ; эти препараты до того искусно бальзамированы, что головы смотрятъ словно живыя.

4) Скелетъ каменнаго періода (of the neolithic period), найденный въ шотландскихъ раскопкахъ въ 1882 г.; нѣкоторые отдѣлы этого скелета—большая часть черепа, бедренная и берцовая кости, нѣкоторыя ребра—сохранились вполнѣ; другіе же отдѣлы скелета представляются безформенными, вывѣтрившимися остатками. Весь скелетъ замурованъ въ каменномъ пластѣ почвы.

5) Голова ребенка, у котораго послѣ сдѣланной трепанаціи черепа выросла опухоль величиною въ мандаринъ изъ существа мозга; при этомъ препаратѣ виситъ надпись:—*fungus cerebri;* оперированный ребенокъ умеръ три дня спустя послѣ операціи.—Такое быстрое и сильное выпячиваніе мозговой ткани можно объяснить только чрезмѣрнымъ внутричерепнымъ давленіемъ.

6) Три витрины камней мочеваго пузыря человѣка; въ одной витринѣ коллекціи Чарльса Беля собрано до 300 экземпляровъ камней, извлеченныхъ per lithotomiam perinealem; ни одного объекта высокаго камнесѣченія во всѣхъ трехъ витринахъ не было.

7) Подъ № 2041 представлена модель мужской промежности съ половымъ органомъ и мочевымъ пузыремъ, въ которомъ лежитъ камень. Препаратъ этотъ есть схематическое изображеніе одного оперированнаго, у котораго одинъ камень былъ извлеченъ чрезъ промежностное камнесѣченіе, тогда какъ другой конкрементъ остался внѣдреннымъ въ верхне-задней стѣнкѣ мочеваго пузыря и вслѣдствіе этого больной погибъ. — Замѣтимъ, что на этомъ препаратѣ очень ясно представлена глубина мужской промежности, т. е., толщина мягкихъ частей, считая отъ поверхности кожнаго разрѣза до внутренней поверхности мочеваго пузыря, равнялась 11 сантиметрамъ. Понятно, что при такой глубинѣ

промежности оператору весьма трудно было пальцемъ отъискать, тѣмъ паче, извлечь второй камень.—Для меня этотъ препаратъ еще поучителенъ тѣмъ, что онъ подтверждаетъ изслѣдованіе французскаго анатома Дюпюитрена, доказавшаго, что глубина промежности у мужчинъ варіируетъ между 3—12 сант.—фактъ, имѣющій немаловажное значеніе при оцѣнкѣ операціи промежностнаго камнесѣченія.

8) Подъ шифромъ XIV, I, № 27 выставленъ въ спирту отпрепарованный мужской дѣтородный органъ, на которомъ каждая Куперовая желѣза (glandula Cooperi) представляется величиною въ добрую сливу; обѣ желѣзки вмѣстѣ по объему больше предстательной желѣзы того же объекта. Я считаю такой препаратъ весьма рѣдкимъ, ибо обыкновенно Куперовыя желѣзы бываютъ величиною въ горошину.

9) Въ верхней галлереѣ подъ № 1712 выставлена модель туловища человѣка, умершаго отъ ущемленія врожденной паховой грыжи. Здѣсь видно, что ущемляющая перемычка грыжевой шейки не замыкала вплотную просвѣта кишечной петли, но только прижала стѣнки послѣдней, что было достаточно для происхожденія бурной картины остраго перитонита со всѣми его послѣдствіями.—Стало быть, не только «запруженіе» (obstructio) кишечника вызываетъ бурныя явленія ущемленія грыжи, но нерѣдко достаточно для этого ограниченнаго прижатія (strangulatio) кишечной петли.

10) Въ той-же галлереѣ, въ отдѣлѣ подъ шифромъ XXXII, собрано множество препаратовъ по патологіи мужскихъ половыхъ органовъ; я думаю, что по количеству объектовъ эта коллекція не уступитъ извѣстному Сивіалевскому музею въ Парижѣ.

11) Въ лѣвой верхней галлереѣ подъ №№ 345 и 346 находятся сухіе препараты туловища человѣка, страдавшаго Поттовою болѣзнью (malum Potti); на продольномъ распилѣ позвоночника весьма явственно видно, какъ верхніе (5-й и 6-й) грудные позвонки образовали подъ острымъ угломъ перегибъ; повидимому, процессъ костоѣды закончился, заднія части тѣлъ смѣщенныхъ позвонковъ представляются совершенно спаянными, такъ что здѣсь не видно хрящевыхъ межпозвоночныхъ дисковъ, тогда какъ въ переднихъ частяхъ тѣхъ же позвонковъ можно еще ясно различать границы каждаго позвонка, за исключеніемъ одного (7-го), исчезнувшаго совершенно подъ давленіемъ верхняго столба.

Кромѣ того, въ музеѣ «Королевской Коллегіи Хирурговъ» находится множество мумій, которыя, по моему мнѣнію, представляютъ скорѣе

древне-историческій интересъ, нежели врачебно-образовательное значеніе.

Каталогъ патологическаго отдѣла музея составленъ весьма толково и раздѣленъ всего на 11 отдѣловъ, какъ-то:

I. Поврежденія и страданія костей.
II. » » » суставовъ.
III. » » » мышцъ и сухожилій.
IV. » » » мозга и нервовъ.
V. » » » органовъ чувствъ.
VI. » » » » кровообращенія.
VII. » » » » дыханія.
VIII. » » » » пищеваренія.
IX. » » » мочеполовыхъ органовъ.
X. Уродства.
XI. Опухоли.

Всѣхъ препаратовъ по этому каталогу 3,009 нумеровъ.

Если къ сказанному прибавить, что на стѣнахъ музея развѣшены художественныя картины, рисованныя масляными красками, изображающія различныя формы огнестрѣльныхъ поврежденій изъ военно-полевой хирургіи; далѣе, что здѣсь хранятся бюсты знаменитыхъ дѣятелей по хирургіи, какъ Бэрклея, Ч. Бэля, Штромейера и мн. др., то этотъ очеркъ дастъ читателю нѣкоторое представленіе о богатствѣ этого музея, заслуживающаго вполнѣ названія «памятника шотландской школы хирургіи», который намъ доказываетъ, что здѣсь «*дорога къ хирургической кафедрѣ ведетъ не иначе, какъ чрезъ анатомическую залу, а не чрезъ заднія лѣстницы министерскихъ жилищъ*» (Гиртль).

Въ заключеніи очерка Эдинбургской школы медицины я позволю себѣ читателя отвлечь въ сторону отъ хирургіи — спеціальнаго предмета моей задачи — и познакомить его еще съ одной характерною чертою бытовой жизни Эдинбургскаго университета.

Публичная раздача дипломовъ на ученыя званія.

1-го августа въ Эдинбургскомъ университетѣ оффиціально кончается академическій учебный годъ, въ этотъ день происходитъ публичная раздача дипломовъ окончившимъ курсъ въ университетѣ или лицамъ, удостоеннымъ почетнаго званія доктора Эдинбургскаго университета за ихъ ученыя работы. Торжество это, такъ называемое «*Graduation ceremonial*» соотвѣтствуетъ нашему обычному годовому акту въ университетахъ; но здѣсь оно играетъ роль общественнаго праздника, въ

которомъ принимаетъ участіе весь городъ Эдинбургъ. Общество до того живо интересуется успѣхами своего мѣстнаго университета, что при раздачѣ ученыхъ степеней — обширная университетская зала не можетъ вмѣстить въ себѣ той массы лицъ, которыя стремятся быть очевидцами этого торжества. Поэтому годичный актъ университета происходитъ въ городской Синодальной залѣ (Synod Hall), куда впускаютъ посѣтителей по билетамъ.

Я былъ приглашенъ на этотъ праздникъ проф. Чійне, который доставилъ мнѣ входной билетъ. Когда я въ 9 ч. утра 1/VIII, 1885 г. подошелъ къ дворцевой площади (Castle terrace), то увидѣлъ картину, напоминавшую мнѣ сцену изъ Петербургской жизни во время пасхальной заутрени на Исаакіевской площади: вся площадь была полна народомъ, двери Синодальнаго зданія осаждались толпою различнаго люда, среди которыхъ пестрѣли богатые наряды фешенебельныхъ лэди и джентельменовъ; два-три представительныхъ полисмена съ трудомъ удерживали публику отъ натиска, ибо ранѣе $9^1/_2$ часовъ никого не впускали въ залу, исключая виновниковъ торжества—молодыхъ ученыхъ кандидатовъ, одѣтыхъ въ длинныхъ черныхъ мантіяхъ съ особеннымъ башлыкомъ, окаймленнымъ краснымъ или голубымъ шелкомъ; на головѣ у нихъ красовалась четыреугольная плоская шапочка съ длинною черною кистью. Къ счастью, эта томительная толкотня длилась недолго: когда всѣ кандидаты уже были въ сборѣ и заняли отведенныя имъ мѣста въ партерѣ залы, то двери настежь открылись для гостей, которые въ теченіи получаса наполнили всѣ ряды залы и галлереи.

Ровно въ 10 ч. утра боковыя двери, ведущія на пышно убранную арену залы, распахнулись двумя педелями и одинъ изъ нихъ громогласно доложилъ публикѣ, что «Senatus academicus» идетъ! Съ этими словами предъ глазами публики появился весь ученый ареопагъ, во главѣ котораго выступалъ ректоръ, облаченный въ чернобархатную мантію, вышитую серебромъ съ серебрянымъ скипетромъ въ рукахъ; по сторонамъ его слѣдовали деканы факультетовъ, за ними—всѣ профессора университета. Когда ректоръ занялъ свое предсѣдательское кресло, деканъ теологическаго факультета подошелъ къ кафедрѣ и устно прочиталъ присягу, которую всѣ присутствующіе кандидаты выслушали стоя и съ благоговѣніемъ.

Всѣмъ гостямъ розданы были листы (list of candidates recommended to receive degrees), на которыхъ были напечатаны имена и фамиліи

кандидатовъ, представленныхъ университетомъ къ полученію ученыхъ степеней.

Затѣмъ лордъ-ректоръ университета вышелъ на средину арены; къ нему, по вызову спикера, подошелъ одинъ изъ кандидатовъ—проф. Джонъ Андерсонъ (John Anderson)—хранитель музея въ Калькутѣ. Секретарь совѣта прочиталъ краткій curriculum vitae этого кандидата и, перечисливъ его выдающіеся ученые труды, доложилъ, что Совѣтъ рѣшилъ признать его докторомъ правъ Эдинбургскаго университета. Тогда ректоръ возложилъ на главу кандидата бархатную, круглой формы шапочку, благословилъ его въ новомъ званіи члена almae matris Эдинбурга и, пожимая ему руку, выразилъ ему благодарность за научные труды, ставшіе достояніемъ всего ученаго міра и побудившіе Эдинбургскій университетъ признать его почетнымъ докторомъ правъ (the honorary degree of Doctor of laws). Громомъ рукоплесканій публика выразила свое сочувствіе новому сочлену Эдинбурскаго ученаго ареопага; въ то же время спикеръ (секретарь) университета набросилъ на шею доктора голубой шелковый башлыкъ.

Такіе же обряды были совершены и надъ другими двумя иностранными учеными Европейскаго континента—Іоанномъ Бюлеромъ (Johann Bühler), профессоромъ санкритскихъ нарѣчій въ Вѣнѣ, и Антуаномъ Аббади (Antoine Abbadie), членомъ Французской Академіи Наукъ, которые были удостоены того же почетнаго званія доктора правъ.

Затѣмъ стали по-очереди вызывать молодыхъ людей, окончившихъ въ истекшемъ году курсъ наукъ въ Эдинбургскомъ университетѣ. Наибольше число кандидатовъ было изъ медицинскаго факультета, именно: степень доктора медицины (the degree of Doctor of Medicine) получили 57 кандидатовъ, а степени бакалавра медицины (Bachelor of Medicine) и магистра хирургіи (Master of Surgery) розданы были 186 кандидатамъ. Съ каждымъ изъ нихъ совершенъ былъ тотъ же обрядъ благословенія и поздравленія ректоромъ; нѣкоторымъ молодымъ кандидатамъ, получившимъ ученую степень съ отличіемъ (with first class honour), отводилось мѣсто на аренѣ вблизи профессоровъ; этихъ отличившихся кандидатовъ (фамиліи таковыхъ обозначались на розданномъ листѣ болѣе крупнымъ шрифтомъ или звѣздочкой) публика щедро награждала рукоплесканіями. Особенно щедрыя оваціи выпали на долю молодаго магистра хирургіи Гэрольда Стейльсъ (Harold Stiles), получившаго двѣ большія преміи за ученыя сочиненія по хирургіи и анатоміи.

По окончаніи этихъ обрядовъ, длившихся добрыхъ два часа времени

и весьма утомительныхъ для почтенныхъ лѣтъ лорда-ректора, деканъ медицинскаго факультета—проф. Фрэзеръ (Fraser) прочиталъ рѣчь, посвященную молодымъ ученымъ и Эдинбургскому обществу. Въ этой художественно составленной рѣчи, ораторъ прежде всего выяснилъ присутствующимъ гостямъ значеніе настоящаго торжества раздачи ученыхъ степеней, указавъ на чрезвычайную требовательность со стороны экзаменаторовъ и на серьезный трудъ молодыхъ кандидатовъ, добывающихъ себѣ почетное званіе сочлена Эдинбургскаго университета. Далѣе, ораторъ представилъ учебную и ученую дѣятельность Эдинбургскаго университета въ параллель съ другими университетами Соединеннаго Королевства Великобританіи; при этомъ онъ совершенно безпристрастно отмѣтилъ особенности Эдинбургскаго университета, какъ храма чистой науки, стоящаго много выше другихъ университетовъ Королевства, не исключая Лондона, позаимствовавшаго цѣлый рядъ ученыхъ, какъ Чарльза Бэля, Листона, Ферьюссона, Джозефа Листера и многихъ другихъ воспитанниковъ Эдинбургской школы медицины. Затѣмъ д-ръ Фрэзеръ весьма рельефно очертилъ успѣхи современной хирургіи, указывая на безгнилостный способъ леченія хирургическихъ ранъ, какъ на одно изъ высшихъ благъ для страждущаго человѣчества. Само собою разумѣется, что ораторъ въ этой части своей рѣчи вторично упомянулъ имя реформатора въ хирургіи—Джозефа Листера. Эти слова оратора были прерваны долго продолжавшимися рукоплесканіями. — Наконецъ, деканъ закончилъ свою рѣчь нѣсколькими словами, обращенными къ молодому поколѣнію ученыхъ, пожелавъ имъ стать «такими же украшеніями вѣнца Эдинбургской интеллигенціи», какими служили и по-нынѣ служатъ многіе изъ предшествовавшихъ имъ воспитанниковъ этой almae matris.

Кто внимательно вслушивался въ произнесенную рѣчь и зорко слѣдилъ за всѣмъ происходившимъ на этомъ ученомъ праздникѣ, тотъ не можетъ не отдать должную справедливость Эдинбургскому университету въ томъ, что онъ выполняетъ свою задачу безукоризненно и вполнѣ оправдываетъ высокое имя «*alma mater*».

На сколько Эдинбургское общество чтитъ свой университетъ и на сколько ректоръ понимаетъ свою роль первосвященника этого храма наукъ, можетъ указать, между прочимъ, слѣдующій небезинтересный— на мой взглядъ—эпизодъ. — Одинъ изъ кандидатовъ на полученіе званія доктора медицины, повидимому, имѣлъ нѣкую личную непріязнь къ ректору и, поэтому, когда послѣдній послѣ обычнаго обряда посвя-

щенія протянулъ этому кандидату руку, чтобы поздравить его,—дерзкій докторъ не принялъ руки, а повернулся къ ректору спиной и сошелъ съ арены. Присутствующая публика не могла не замѣтить этой неумѣстной и невѣжественной выходки молодаго ученаго; поэтому громкій хохотъ со стороны всѣхъ присутствующихъ кандидатовъ сопровождалъ его до тѣхъ поръ, пока онъ самъ не поспѣшилъ со стыдомъ оставить залу собранія. Ректоръ же, безъ всякаго смущенія, продолжалъ свой обрядъ посвященія и по прежнему пожималъ руку каждому изъ посвященныхъ кандидатовъ. — Таковы задачи, нравы и обычаи Шотландцевъ!

Литературные источники:

1) Dr. Barett. *Statistics of operations in* Mr. Bell's *wards, Royal Infirmary Edinburgh* (см. «Edinburgh Medical Journal» 1885. Jule).

2) Skene Keith. *Fifty cases of ovariotomy* (см. «British Med. Journal» 1885, т. II, стр. 829).

3) *The Medical Directory for 1887.*

4) William Turner. *On the relations of the convolutions of the human cerebrum to the skull and head* («Journal of Anatomy and Physiology» 1873. November).

ГЛАВА XXI.

«Glasgow Royal Infirmary»—арена дѣятельности проф. Мэкъ-Юэна. Краткая характеристика города Глазгоо; госпитальная смертность послѣдняго въ сравненіи съ таковою Эдинбурга.—«Глазговская Королевская больница»; планъ расположенія зданій послѣдней. — Хирургическая клиника проф. Мэкъ-Юэна.—Устройство его операціоннаго зала.—Клиническіе случаи, съ указаніемъ теченія ранъ. — *Genu valgum adolescentium.* — *Osteotomia supracondylica*, по Мэкъ-Юэну.—Различіе леченія этой формы искривленія у юношей и у взрослыхъ людей.—Оперативное леченіе *genu varum* и другіе комбинированные случаи искривленія колѣна.—Успѣшные исходы изъ практики Мэкъ-Юэна. — Результаты остеотомій въ рукахъ послѣдняго.—Трепанація черепа при мозговыхъ страданіяхъ: *encephalitis et leptomeningitis cerebri; monoplegia brachii et cruris.*—Взглядъ Мэкъ-Юэна на происхожденіе мозговыхъ грыжъ (hernia cerebri).—Нѣкоторые выводы изъ клиническихъ наблюденій Мэкъ-Юэна.—*О реимплантаціи кости.*—Случай пересадки человѣческой кости съ одного субъекта-другому.—Техника пересадки костныхъ прививокъ.—Выводы.—Резекція позвоночника при страданіи спиннаго мозга.—*Paraplegia traumatica.*—Оперативная дѣятельность «Глазговской Королевской больницы» за 1884 г.—Оцѣнка этой дѣятельности.—Литературные труды Мэкъ-Юэна.—Заключенія.—Литературные источники.

Краткая характеристика города Глазгоо.

Въ двухчасовомъ разстояніи по желѣзной дорогѣ отъ Эдинбурга лежитъ главный портовый городъ Шотландіи—Глазгоо (Glasgow), основанный въ 560 году. Этотъ провинціальный городъ втрое многолюднѣе столицы Шотландіи—Эдинбурга; въ первомъ числится до 700,000 жителей, тогда какъ въ послѣднемъ—280,000. Глазгоо городъ преимущественно торговый и промышленный; тысячи высокихъ фабричныхъ трубъ, окаймляющихъ городъ на подобіе лѣса, сотни товарныхъ складовъ, расположенныхъ въ центрѣ города, безконечныя вереницы ломовиковъ, двигающихся по всѣмъ улицамъ съ ужаснымъ трескомъ и шумомъ, наконецъ, десятки тысячъ фабричнаго люда, постоянно шны-

ряющаго по базарнымъ площадямъ—все это вмѣстѣ придаетъ городу весьма непривлекательный видъ и производитъ на туриста, пожившаго нѣкоторое время въ уютномъ и живописнѣйшемъ Эдинбургѣ, впечатлѣніе какого-то лагеря мастеровыхъ, фабричныхъ, извощиковъ и тому подобнаго рабочаго люда.—Поэтому, неудивительно, что госпитальная смертность въ Глазгоо много выше, нежели въ Эдинбургѣ; такъ, въ 1884 г. общая смертность больницы — «The Glasgow Royal Infirmary»—равнялась 9,3% (или изъ 5,300 коечныхъ больныхѣ умерло 496) [1]); въ другой Глазговской больницѣ—«Western Infirmary of Glasgow» — за тотъ же періодъ времени смертность = 8,7% (или изъ 3,777 коечныхъ больныхъ умерло 327) [2]), тогда какъ въ Эдинбургѣ за тотъ же отчетный 1884 годъ смертность въ больницѣ «Royal Infirmary» равнялась всего 6,8% (или на 7,624 коечныхъ больныхъ умерло 520) [3]). Ниже читатель убѣдится, что госпитальная конституція во всѣхъ трехъ поименованныхъ больницахъ почти одинакова; слѣдовательно, причину большей смертности города Глазгоо слѣдуетъ искать въ соціальныхъ условіяхъ его обитателей.

Въ Глазгоо функціонируютъ три врачебнообразовательныя заведенія: 1) *Medical School* при Glasgow Royal Infirmary; 2) *The Faculty of Medicine* при университетѣ; и 3) *Medical College* при Anderson's High School.—Лѣтомъ 1885 г. я познакомился съ дѣятельностью первыхъ двухъ учрежденій, описаніе которыхъ составитъ предметъ двухъ послѣдующихъ главъ предлагаемыхъ очерковъ Шотландскихъ школъ медицины.

Глазговская Королевская больница.

I. Зданіе Королевской больницы въ Глазгоо расположено на восточной окраинѣ города, вблизи знаменитаго собора и древняго кладбища, назыв. *Necropolis*. Эта больница основана еще въ концѣ прошлаго столѣтія, въ 1792 году. Впереди главнаго входа въ зданіе больницы красуется прекрасная бронзовая статуя Лёмздена, воздвигнутая въ 1862 году гражданами города въ память его девятнадцатилѣтней благотворной дѣятельности въ стѣнахъ Королевской больницы.

Въ Глазговской «Royal Infirmary» числится 600 больничныхъ коекъ, изъ нихъ половина предназначена для хирургическихъ больныхъ; при

---

[1]) См. *Ninetieth annual Report of the Glasgow Royal Infirmary.* 1884, стр. 3.

[2]) См. *Tenth annual Report of the Western Infirmary of Glasgow.* 1884, стр. 3.

[3]) См. *Reports of the Royal Infirmary of Edinburgh from October 1883 to October 1884*, стр. 3.

такомъ относительно немногочисленномъ контингентѣ коечныхъ больныхъ имѣются пять хирурговъ: Мэкъ-Юэнъ, Уатсонъ, Мёртонъ, Дёнлопъ и Клэркъ (Mac Ewen [1]), Eben Watson, Morton, Dunlop и Clark), кромѣ 6-ти ассистентовъ-хирурговъ, завѣдующихъ амбуляторіей хирургическаго отдѣленія. Преподавателями-же по клинической и оперативной хирургіи въ «Медицинской Школѣ» состоятъ только первые два—Мэкъ-Юэнъ и Уатсонъ, изъ коихъ первый пользуется громкою извѣстностью не только среди современныхъ хирурговъ Великобританіи, но и на континентѣ Европы. Литературные труды Мэкъ-Юэна печатались въ лучшемъ французскомъ журналѣ (Revue de Chirurgie), а его классическое сочиненіе «*The Osteotomy*» переведено на многіе европейскіе языки, не исключая русскаго. Поэтому я свое короткое время пребыванія въ Глазгоо преимущественно посвятилъ изученію клиники проф. Мэкъ-Юэна, въ которой я нашелъ много интереснаго и поучительнаго [2]).

Планъ «Королевской больницы» въ Глазгоо.

По представленному здѣсь плану (рис. 74) Глазговской Королевской больницы читатель можетъ познакомиться съ топографическимъ расположеніемъ отдѣльныхъ зданій этого обширнаго госпиталя, играющаго роль клиническаго института «Медицинской Школы».—Вокругъ небольшаго сада воздвигнуты четыре трехэтажныхъ каменныхъ зданія, изъ которыхъ правый флигель служитъ помѣщеніемъ для хирургическихъ больныхъ. Эта часть госпиталя была въ 1876 г. вновь перестроена по системѣ павильоновъ (block-system); въ каждомъ павильонѣ расположены двѣ обширныя палаты, отдѣляющіяся другъ отъ друга сѣнями и нѣсколько отдѣльныхъ комнатъ, въ одно окно, для изолированія недавно оперированныхъ больныхъ (см. *b*, *b*, *b* рис. 74). Въ

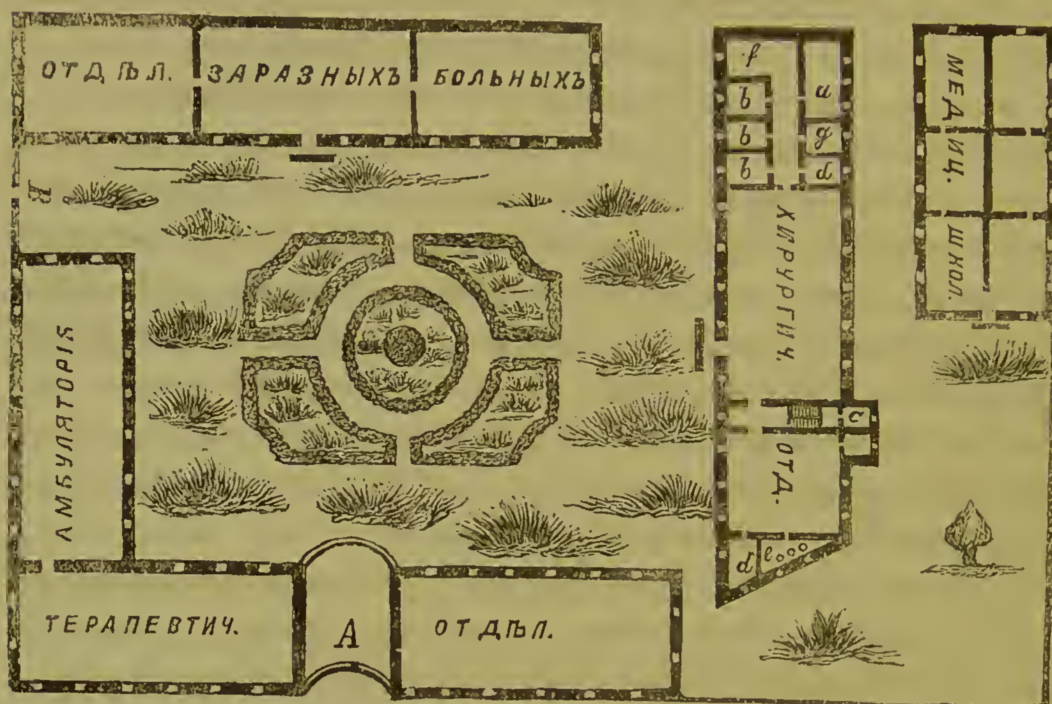
---

[1]) Въ цитированной мною работѣ д-ра Бутца (см. «Хирург. Вѣстн.» 1887 г. стр. 53), эта фамилія многократно напечатана *Mac-Evan*; я полагаю, что такая орфографическая ошибка можетъ ввести въ заблужденіе читателя относительно личности описываемаго дѣятеля,—въ Глазговской «Royal Infirmary» хирурга Mac-Evan въ 1885 г. не было, а тамъ функціонируетъ *Mac-Ewen*.

[2]) Было-бы очень прискорбно, если-бы слухи польскихъ медицинскихъ газетъ о смерти хирурга Мэкъ-Юэна оправдались. По имѣющимся у меня подъ рукою свѣдѣніямъ я вправѣ утверждать, что вышеупомянутыя газеты ошибаются, ибо онѣ смѣшали двухъ однофамильцевъ—Henry Mac-Ewen и William Mac-Ewen; первый, врачъ-терапевтъ, дѣйствительно умеръ 3 мая 1888 г. (см. «Brit. Med. Journ.» 1888, т. I, стр. 1023); второй-же—хирургъ, о которомъ мы и поведемъ рѣчь, еще въ августѣ 1888 г. принималъ дѣятельное участіе въ митингѣ «Британскаго Медицинскаго Общества» (см. «The Lancet» 1888, т. II, стр. 254).

срединѣ больничной залы находятся два камина, обращенныхъ другъ къ другу задними сторонами (back to back), а въ промежуткѣ между

Рис. 74.



Планъ «*Королевской больницы*» (Royal Infirmary) въ Глазгоо. *A*—главный входъ; *B*—калитка для входа приходящихъ больныхъ; *a*—операціонная зала; *b*, *b*, *b* — отдѣльныя комнаты для недавно оперированныхъ больныхъ; *c*—помѣщеніе для сестры милосердія; *d*, *d*—ванныя комнаты; *e*—уборная; *f*—столовая комната; *g*—перевязочная и для наркотизированія больныхъ.

ними проведены вентиляціонныя трубы. — Безпрерывная вентиляція здѣсь тѣмъ болѣе необходима, что потолокъ очень низокъ; въ виду этого въ большихъ палатахъ верхнія части оконъ снабжены дырчатыми стеклами.

Хирургическая клиника проф. Мэкъ-Юэна. Хирургическая клиника проф. Мэкъ-Юэна состоитъ изъ трехъ большихъ палатъ, по 20 коекъ въ каждой, и трехъ отдѣльныхъ комнатъ, въ одну койку каждая.—Обстановка палатъ чрезвычайно проста: некрашенные полы, отсутствіе всякихъ предметовъ роскоши, но чрезвычайная чистота и опрятность (постельное бѣлье снѣжной бѣлизны).

Операціонная зала. Небольшая операціонная зала, помѣщенная въ концѣ лѣваго павильона (см. *a* рис. 74), приспособлена ко всѣмъ требованіямъ безгнилостной хирургіи; она освѣщается сверху и съ боковъ; полъ и стѣны покрыты изразцами, потолокъ выкрашенъ бѣлою маслянною краскою, отопленіе паровое, водопроводныхъ крановъ въ изобиліи; операціонный столъ, весьма простаго устройства, и одинъ небольшой шкапъ съ инструментами составляютъ всю мебель этой необширной комнаты.

Подобную, вполнѣ цѣлесообразную операціонную комнату я видѣлъ только въ Берлинѣ, въ клиникѣ проф. Кюстера, и во вновь выстроенной больницѣ Александровской общины сестеръ «Краснаго Креста» въ Петербургѣ, въ отдѣленіи проф. Е. В. Павлова. Я полагаю, что при безгнилостномъ (асептическомъ) способѣ оперированія такія малыя и безукоризненно чистыя операціонныя комнаты должны стать *conditione sine qua non* для каждаго хирурга. — Мэкъ-Юэнъ, я думаю, первый операторъ въ Великобританіи, который созналъ эту необходимость и съумѣлъ осуществить ее на практикѣ, хотя онъ при перевязкѣ ранъ примѣняетъ и противугнилостныя средства — карболовую кислоту, въ формѣ spray, іодоформъ, сулемовую вату, въ видѣ Нейберовскихъ подушекъ, Листеровскую марлю. — Вообще-же наложеніе повязокъ происходитъ въ особой комнатѣ (см. рис. 74 g), вблизи операціонной залы.

Клиника Мэкъ-Юэна весьма богата оперативнымъ матеріаломъ, какъ въ количественномъ, такъ и въ качественномъ отношеніи. Въ августѣ 1885 г. я видѣлъ здѣсь слѣдующіе случаи:

Клиническіе случаи, съ указаніемъ теченія ранъ.

1) *Amputatio duplex* праваго бедра и лѣвой голени у молодаго мужчины; показаніемъ къ операціи служило тяжелое поврежденіе, нанесенное машиной. При осмотрѣ этого больнаго я нашелъ культю на голени вполнѣ зарубцевавшеюся, а на бедрѣ рана также зажила безъ нагноенія, исключая мѣстъ прохожденія дренажа, покрытыхъ грануляціями. Общее состояніе ампутированнаго было вполнѣ удовлетворительно.

2) *Amputatio brachii* у молодаго юноши, оперированнаго три недѣли тому назадъ; первая повязка еще не была снята; t° нормальна.

3) Три случая *osteotomiae femoris* при различныхъ формахъ искривленій колѣна. Изъ нихъ одинъ случай, у 15-лѣтней дѣвушки, представлялъ интересъ въ томъ отношеніи, что правая нога имѣла форму genu valgum, а лѣвая genu varum; послѣднюю приходилось надламывать въ трехъ мѣстахъ: надъ нижнимъ эпифизомъ бедра, подъ верхнимъ эпифизомъ б.-берцовой кости и надъ нижнимъ эпифизомъ той же кости. Оперированная лежала въ парафиновой повязкѣ, наложенной вышеописаннымъ мною способомъ (см. главу XVI), и обѣ нижнія конечности представлялись совершенно прямыми; t° — нормальна.

4) *Exarticulatio pedis* по Сайму (Остепластическую ампутацію голени по Пирогову Мэкъ-Юэнъ не дѣлаетъ). Рана перевязывалась на 8-й день; видъ культи вполнѣ удовлетворительный.

5) *Fractura complicata cruris*, при которой было удалено много осколковъ; леченіе консервативное; судя по теченію болѣзни, можно было разсчитывать на хорошій исходъ, съ сохраненіемъ конечности.

6) Много случаевъ *osteotomiae pedis* при искривленіяхъ стопы, не поддававшихся ортопедическому леченію, обѣщавшихъ полный успѣхъ.

7) *Resectio genu*; оперированный лежитъ въ повязкѣ 22 дня и t^o вполнѣ нормальна.

8) *Resectio cubiti* — заживленіе раны per primam; движеніе въ сочлененіи слишкомъ свободно (болтающійся суставъ).

9) *Sutura patellae* при поперечномъ переломѣ; исходъ — restitutio ad integrum; оперированный прогуливается по комнатѣ безъ палки; колѣнный суставъ слегка анкилозированъ.

10) *Resectio osteoplastica pedis dext.* по способу Владимірова-Микулича, у 10-лѣтняго мальчика, страдавшаго костоѣдою пяточныхъ костей правой стопы.—Рана зарубцевалась; оперированный ходитъ безъ палки, упираясь на кончики пальцевъ.

11) *Resectio coxae* въ періодѣ заживленія раны; въ моемъ присутствіи происходила первая смѣна повязки, лежавшей около недѣли.

12) *Fractura cranii complicata in regione occipitali*. Полное заживленіе раны безъ нагноенія при консервативномъ леченіи долгосрочной антисептической повязкой.

13) Нѣсколько случаевъ операціи *palatum fissum*.

14) *Laparotomia* при abscessus retrouterinus; исходъ обѣщаетъ успѣхъ.

Изъ этого краткаго перечня хирургическихъ больныхъ, осмотрѣнныхъ мною при визитаціи ассистентомъ клиники д-ромъ Муномъ (Moon), видно, что отдѣленіе Мэкъ-Юэна отличается большимъ разнообразіемъ матеріала; въ немъ преобладаютъ случаи обыденной госпитальной практики—ампутаціи и резекціи; раны протекаютъ безгнилостно и подъ долгосрочными антисептическими повязками; исходы оперативныхъ случаевъ вполнѣ благопріятные, за исключеніемъ резекціи локтеваго сочлененія (см. случай 8). Но преимущественно Мэкъ-Юэнъ много и охотно оперируетъ на костной системѣ при искривленіи нижнихъ конечностей; въ его клинику стекаются подобные больные не только изъ различныхъ городовъ Великобританіи, но многіе пріѣзжаютъ съ континента. Въ первомъ изданіи своей книги «*The Osteotomy*» (1881) онъ обнародовалъ свои наблюденія надъ 557 опериро-

ванными, а въ 1885 г. онъ лично мнѣ передалъ, что число сдѣланныхъ имъ остеотомій доходитъ до 1,000.

Было время, разсказывалъ Мэкъ-Юэнъ, что всѣ койки его отдѣленія были заняты почти исключительно больными, посланными къ нему различными хирургами Шотландіи и Англіи для оперативнаго леченія искривленныхъ конечностей. Теперь-же, во избѣжаніе такого однообразія клиническаго матеріала, онъ ограничиваетъ число коекъ для подобныхъ больныхъ, вслѣдствіе чего многіе ждутъ очереди. Тѣмъ не менѣе, онъ имѣетъ во всякое время возможность демонстрировать интересующимся этимъ вопросомъ тотъ или другой случай остеотоміи такъ, напримѣръ, при первомъ свиданіи со мною Мэкъ-Юэнъ пригласилъ меня на другой день въ клинику и въ моемъ присутствіи произвелъ операцію, технику которой я представлю здѣсь вкратцѣ.

Наблюденіе LVIII. Genu valgum adolescentium. Osteotomia supracondylica (по Мэкъ-Юэну).—Десятилѣтній мальчикъ представлялъ рѣзко выраженную форму двусторонняго искривленія колѣна—genu valgum. Больнаго захлороформировали до полнаго наркоза; оба колѣна тщательно вымыли намыленной щеткой; конечности обезкровили упругимъ бинтомъ Эсмарха. Паровой распылитель карболовой кислоты пущенъ въ ходъ. Genu valgum. Osteotomia supracondylica.

Техника операціи (4/VIII, 1885): Операторъ положилъ правое бедро больнаго на наружную сторону; на внутренней поверхности бедра, на дюймъ выше мыщелка (condylus internus) и впереди сухожилій m. m. adductores и vastus internus—Мэкъ-Юэнъ провелъ разрѣзъ кожи длиною въ 2 дюйма, разсѣкъ всѣ мягкія части вплоть до кости; затѣмъ онъ вставилъ ноготь лѣваго указательнаго пальца въ рану и по немъ провелъ широкое плоское долото (называемое остеотомомъ Мэкъ-Юэна) въ рану, сначала продольно, а потомъ, убѣдившись, что остріе инструмента упирается въ кость *непосредственно*, онъ повернулъ инструментъ поперекъ оси бедра и, отодвинувъ его слегка кзади, наклонилъ его по направленію сзади на передъ. Теперь онъ деревяннымъ молоткомъ наносилъ нѣсколько короткихъ, отрывистыхъ ударовъ по рукояткѣ остеотома, передвигая послѣдній по окружности кости, при этомъ явно видно было что остріе инструмента врѣзывается въ кость по направленію къ наружному краю бедра. Убѣдившись по шкалѣ, обозначенной на боковой поверхности остеотома, что половина толщи бедренной кости разсѣчена, операторъ вынулъ остеотомъ; вложилъ въ рану временный тампонъ изъ Листеровской марли, забинто-

валъ ее и повернулъ оперированную конечность на внутреннюю сторону бедра. Захвативъ правой рукой голень, а лѣвую руку положивъ на бедро, операторъ постепеннымъ и безпрерывнымъ нажиманіемъ (respective отведеніемъ) на голень, легко и быстро надломилъ бедро выше мыщелковъ, послѣ чего вся нижняя конечность приняла совершенно прямолинейное направленіе.

Тоже самое было сдѣлано и на лѣвомъ бедрѣ. По снятіи Эсмархова бинта, кровотеченіе было незначительно, и унялось однимъ тампонированіемъ. — Разрѣзы покрововъ онъ сшилъ струнною нитью, обработанной въ хромовой кислотѣ (chromic gut), поверхъ раны наложилъ противугнилостную повязку, состоявшую изъ куска protective silk, многослойнаго компресса Листеровской марли, посыпанной порошкомъ іодоформа, еще нѣсколькихъ слоевъ желтой марли, покрывавшихъ всю колѣнную область и, наконецъ, широкаго куска мэкентоша; всю эту повязку онъ укрѣпилъ марлевымъ бинтомъ и поверхъ послѣдняго наложилъ еще эластическій бинтъ.

Оперированныя конечности уложены были въ особенныя прямолинейныя шины, выстланныя ютой; сама шина привинчивалась къ кровати, не съ цѣлью вытяженія конечности, а чтобы обезпечить безусловно покойное и неподвижное положеніе оперированныхъ конечностей.

Обыкновенно у такихъ оперированныхъ рана заживаетъ безъ всякаго нагноенія и подъ одною повязкою; тогда по снятіи послѣдней накладываются парафиновыя неподвижныя повязки по способу, описанному мною выше (см. главу XVI).

Различіе въ леченіи этой формы искривленія у юношей и у взрослыхъ.

Замѣтимъ, что у дѣтей и юношей, иначе говоря, при *genu valgum adolescentium*, Мэкъ-Юэнъ не считаетъ нужнымъ резецировать большеберцовую кость; какъ велико-бы ни было искривленіе колѣна, одною остеотоміею бедра всегда удается выпрямить его на столько, чтобы центръ тяжести туловища — при отвѣсномъ положеніи человѣка—проходилъ чрезъ средину колѣна и сводъ стопы, т. е., направленіе всей нижней конечности будетъ прямолинейное, хотя на голомъ тѣлѣ подобнаго оперированнаго глазъ хирурга легко замѣтитъ искривленіе костей голени. Другое дѣло—*genu valgum* у взрослыхъ или возмужалыхъ людей; въ такихъ случаяхъ нерѣдко приходится разсѣкать, кромѣ бедра, еще берцовую кость на высотѣ верхняго, а иногда и нижняго эпифиза.

Еще труднѣе, или лучше, сложнѣе представляется леченіе искривленія ноги, извѣстное подъ именемъ *genu varum*, при которомъ весь скелетъ нижней конечности имѣетъ форму дуги, изогнутой кнаружи; точка наибольшаго искривленія можетъ помѣщаться выше или ниже колѣна; иногда эта точка соотвѣтствуетъ верхней части діафиза большеберцовой кости, нерѣдко она лежитъ у наружнаго мыщелка бедра. Весьма часто, по словамъ Мэкъ-Юэна, приходится видѣть случаи *genu varum*, въ которыхъ нижняя треть tibiae и fibulae искривлены наружу; въ другихъ-же случаяхъ дуга искривленія соотвѣтствуетъ средней части бедренной кости. Наконецъ, часто встрѣчаются случаи, на которыхъ имѣются всѣ эти три точки искривленія одновременно на одной конечности, причемъ послѣдняя, хотя покрытая шцами, мы представляетъ собою одну большую дугу на протяженіи отъ таза къ стопѣ (см. рис. 75).

Оперативное леченіе genu varum.

У однихъ субъектовъ преобладаетъ только одно мѣсто искривленія, тогда какъ другія точки, хотя также искривлены, но такъ незначительно, что онѣ съ трудомъ замѣчаются. Часто все искривленіе помѣщается непосредственно ниже колѣна.

Такъ какъ формы искривленія *genu varum* представляются весьма разнообразными, то оператору необходимо во всякомъ данномъ случаѣ внимательно изслѣдовать скелетъ конечности и опредѣлить — какая часть кости болѣе всего причастна искривленію и съ нея-то и начинать резекцію, послѣ чего выяснится, на сколько необходимо разсѣкать и другіе участки скелета, чтобы достигнуть полнаго выпрямленія. Обыкновенно бываетъ, что, по исправленіи главнаго изгиба кости, операторъ не находитъ нужнымъ резецировать другія части скелета; но нерѣдко встрѣчаются и такія формы искривленія, при которыхъ — по удаленіи главной причины изгиба — второстепенныя точки выступаютъ болѣе рѣзко; тогда оператору, конечно, приходится дѣлать вторичную, дополнительную остеотомію. Правда, что сдѣлать это никогда непоздно; но кто обладаетъ техникой Мэкъ-Юэна, тотъ всегда предпочтетъ за-разъ произвести полное исправленіе конечности. Въ тяжелыхъ случаяхъ обоюдосторонняго genu varum (см. рис. 76) Мэкъ-Юэну приходилось производить 10 остеотомій въ одинъ сеансъ: на обоихъ бедрахъ по одному разрѣзу и на обѣихъ голеняхъ по 4 разрѣза на каждой; тѣмъ не менѣе, оперированные переносили эту травму весьма легко.

При остеотоміяхъ большеберцовой кости Мэкъ-Юэнъ предпочи-

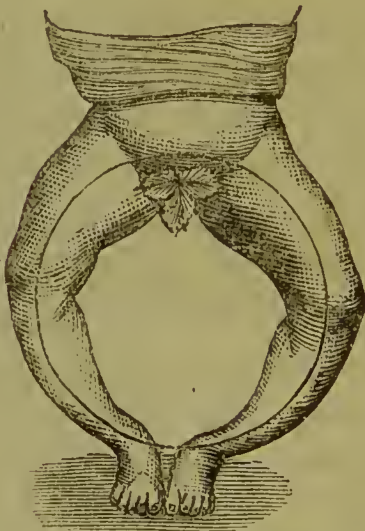
тасть разсѣкать внутренній поверхностный слой tibiae одновременно съ наружнымъ краемъ послѣдней, послѣ чего онъ поперечнымъ сгибаніемъ голени переламываетъ и заднюю часть большеберцовой кости; при такомъ способѣ направленія разрѣзовъ цѣлость мышцъ болѣе обезпечивается. Малоберцовая кость, если она не поддается простому перелому, должна быть также разсѣчена при помощи остеотома; но для этого необходимо употреблять очень узкій инструментъ, чтобы не повреждать окружающихъ fibulam мышцъ.

Для болѣе точнаго опредѣленія мѣста разсѣченія кости, Мэкъ-Юэнъ совѣтуетъ, еще до нанесенія удара скальпелемъ по покровамъ, фиксировать пальцами головку мало-берцевой кости и обнажить острый край послѣдней и затѣмъ уже приставить остеотомъ ниже головки.

Послѣ остеотоміи большеберцевой кости перегибаніе послѣдней въ ту и другую сторону всегда сопровождается вхожденіемъ воздуха въ сдѣланную расщелину, что обнаруживается характернымъ шумомъ; въ виду этого Мэкъ-Юэнъ настаиваетъ на примѣненіи карболоваго распылителя при производствѣ остеотомій.

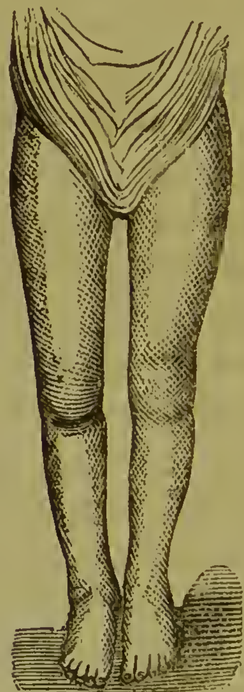
Разсѣченіе бедра при *genu varum* производится съ наружнаго края кости, съ соблюденіемъ мѣръ предосторожностей, указанныхъ мною выше при описаніи операціи genu valgum. Не слѣдуетъ также упу-

Рис. 75.



Рѣдкая форма искривленія *genu varum*; случай изъ клиники Мэкъ-Юэна въ Глазгоо (фотографическій снимокъ до операціи).

Рис. 76.



Тотъ-же самый случай послѣ десяти остеотомій, произведенныхъ въ одинъ разъ.

скать изъ виду, что бедренная кость въ серединѣ діафиза представляется весьма плотною и неподатливою, поэтому остеотомъ встрѣчаетъ тутъ наибольшее сопротивленіе.

На сколько успѣшны эти операціи въ рукахъ Мэкъ-Юэна, читатель можетъ получить нѣкоторое представленіе по приложеннымъ здѣсь снимкамъ; такъ, рис. 75 показываетъ весьма сложный случай *genu varum* у 18-лѣтняго юноши, у котораго обѣ нижнія конечности образовали собою полный кругъ. Этотъ рисунокъ есть копія съ фотографіи, снятой до оперированія больнаго. Послѣ десяти остеотомій, произведенныхъ въ одинъ разъ, конечности приняли такую правильную форму, что съ трудомъ можно было признать въ нихъ прежнюю кривизну, какъ это видно на рис. 76, снятомъ по выздоровленіи оперированнаго юноши.

Комбинированные случаи искривленія колѣна.

Еще труднѣе для исправленія комбинированный случай *genu varum* и *genu valgum*, представленный здѣсь на рис. 77, при которомъ mal-

Рис. 77.

Случай комбинированнаго искривленія *genu valgum* (на правой ногѣ) и *genu varum* (на лѣвой ногѣ) изъ клиники Мэкъ-Юэна.

Рис. 78.

Тотъ-же случай послѣ успѣшной операціи *osteotomia multiplex*.

leolus internus выступалъ на $11^1/_2$ дюймовъ отъ отвѣсной линіи конечности. Въ данномъ случаѣ genu valgum на правой ногѣ было устранено посредствомъ osteotomia supracondyloidea, а для устраненія genu varum лѣвой ноги потребовалось четыре остеотоміи на одной и той же конечности. На рис. 78 представленъ результатъ этой операціи спустя два мѣсяца.

Въ книгѣ Мэкъ-Юэна «*The Osteotomy*», откуда я заимствовалъ

снимки приведенныхъ рисунковъ, читатель можетъ встрѣтить еще много другихъ, весьма сложныхъ случаевъ искривленій конечностей, окончившихся весьма успѣшно послѣ произведенныхъ операцій.

Результаты остеотомій Мэкъ-Юэна.

Что же касается исходовъ остеотомій, предпринятыхъ Мэкъ-Юэномъ, то изъ 835 остеотомій, произведенныхъ на 557 костяхъ, ни одинъ оперированный не умеръ отъ операціи; изъ всѣхъ больныхъ, подвергшихся этой операціи до 1881 года, умерло 3; но причинами смерти были—въ одномъ случаѣ воспаленіе легкихъ, діагностицированное до операціи; другой оперированный умеръ отъ meningitis tuberculosa, а третій—отъ дифтерита. Вотъ почему авторъ считаетъ остеотомію самою безопасною операціею въ хирургической практикѣ.

Было-бы ошибочно думать, что Мэкъ-Юэнъ, занимаясь вопросомъ объ искривленіяхъ конечностей, спеціализировалъ свою хирургическую практику исключительно на остеотоміяхъ. Напротивъ того, онъ зорко слѣдитъ за прочими отраслями оперативной хирургіи и нерѣдко вноситъ въ медицинскую литературу весьма поучительныя наблюденія по тому или другому вопросу.

Оперативная помощь при нѣкоторыхъ мозговыхъ страданіяхъ.

Такъ, напримѣръ, по возникновеніи въ англійской школѣ медицины новаго ученія о «хирургіи мозга» (см. выше главу IX) Мэкъ-Юэнъ сталъ относительно часто трепанировать черепъ съ цѣлью устранить параличъ мышцъ, зависящій отъ раздраженія двигательныхъ центровъ корки мозга. Въ теченіи короткаго времени въ практикѣ Мэкъ-Юэна представилась возможность 17 разъ произвести эту операцію при указанныхъ заболѣваніяхъ мозговой сферы, и изъ этого числа 14 оперированныхъ вполнѣ выздоровѣли, а въ трехъ остальныхъ случаяхъ операція продлила жизнь больныхъ.

Выше я уже познакомилъ читателя съ анатомо-патологической стороной этого новаго вопроса въ хирургіи; затѣмъ при описаніи дѣятельности проф. Чійне я привелъ весьма рельефный примѣръ (см. Наблюденіе LIV) успѣшнаго излеченія паралича нижней конечности посредствомъ трепанаціи черепа; здѣсь я приведу краткое описаніе двухъ подобныхъ же случаевъ изъ практики Мэкъ-Юэна, чтобы обратить вниманіе читателя на особенности его оперативной техники.

Encephalitis et leptomeningitis cerebri.

I. *Случай локализированной encephalitis et leptomeningitis cerebri излеченный трепанаціей* [1]).

---

[1]) William Mac-Ewen. *Case of localised encephalitis and leptomeningitis.* (см. «The Lancet» 1885, т. I, стр. 881).

36-лѣтній рудокопъ поступилъ въ больницу съ общею слабостью, непозволявшей ему работать, и съ параличемъ, мышечнымъ подергиваніемъ и колотьемъ въ лѣвой верхней конечности. Всѣ эти явленія развились у прежде здороваго больнаго вскорѣ послѣ его паденія съ лѣстницы, $12^1/_2$ недѣль тому назадъ. Мэкъ-Юэнъ, на основаніи клиническаго разбора всѣхъ явленій, пришелъ къ заключенію, что они зависятъ отъ воспаленія корковаго слоя мозга и его оболочекъ (leptomeningitis et encephalitis), вызваннаго травмою. Поэтому онъ рѣшился чрезъ трепанаціонное отверстіе въ черепѣ удалить причину, раздражающую корку мозга. Такъ какъ двигательные центры лѣвой верхней конечности помѣщаются въ срединѣ восходящихъ лобной и темянной извилинъ (см. рис. 41) праваго полушарія, то оператору необходимо было вскрыть черепную полость именно въ этомъ мѣстѣ, т. е., соотвѣтственно средней части Роландовой борозды. Съ этою цѣлью онъ на сбритой головѣ больнаго опредѣлилъ на правой половинѣ черепа lineam auriculo-bregmaticam (между наружнымъ слуховымъ проходомъ и макушкою черепа) и lineam orbito-lambdoideam (между наружнымъ отросткомъ глазницы и мѣстомъ перекреста ламбдовиднаго шва [1]); на дюймъ позади первой и на дюймъ выше второй линіи онъ приставилъ небольшой трепанъ и, выпиливъ кружокъ кости, обнажилъ средину Роландовой борозды и восходящихъ лобной и темянной извилинъ. На этомъ мѣстѣ твердая мозговая оболочка представлялась желтою, бугристою и сросшеюся съ внутреннею поверхностью черепа; послѣ крестообразнаго разрѣза durae matris вытекло немного серозной жидкости и обнаружилось присутствіе кровяннаго сгустка; надъ восходящею извилиной лобной части мозга замѣчалась воспалительная ткань въ формѣ бляшки (membrana), спаявшая оболочки съ корковымъ слоемъ мозга; по разрѣзѣ послѣдняго ткань представлялась усѣянною мелкими кровяными точками. Затѣмъ Мэкъ-Юэнъ удалилъ всѣ эти сгустки и перепонки, очистилъ мозговую ткань отъ воспалительнаго продукта, возвратилъ твердую мозговую оболочку на ея мѣсто и, разрѣзавъ трепанированный дискъ на мелкіе кусочки, онъ вставилъ ихъ въ отверстіе черепа и зашилъ покровы хромовыми струнными нитями.

Трепанаціонная рана протекала безгнилостно и къ концу третьей

---

[1]) Въ главѣ IX, на рис. 44, я представилъ снарядъ Клоуда-Уатсона, при помощи котораго эти линіи опредѣляются на покровахъ живаго черепа очень легко.

недѣли зажила на столько плотнымъ рубцемъ, что, по всей вѣроятности, реинплантированные кусочки кости вросли въ искусственно произведенное отверстіе черепа.

Результатъ операціи: судорожныя подергиванія прекратились на третій день послѣ операціи; движенія въ парализованныхъ мышцахъ постепенно возстановились и оперированный, спустя два мѣсяца послѣ операціи, могъ приняться за работу; черезъ 8 мѣсяцевъ онъ представился Мэкъ-Юэну вполнѣ здоровымъ и безъ малѣйшихъ слѣдовъ параличей въ лѣвомъ плечѣ.

Monoplegia лѣваго плеча и голени.

II. *Случай monoplegiae лѣваго плеча и голени, происшедшей вслѣдствіе страданія корки мозга* [1]). Двадцатипятилѣтняя женщина, страдавшая сифилисомъ, поступила въ клинику съ жалобами на колотье и судорожное подергиваніе мышцъ, перешедшее впослѣдствіи въ параличъ лѣваго плеча и голени; кромѣ того, у больной замѣчалось нѣкоторое психическое разстройство. Изъ вышеприведенной лекціи Артюра Гэра извѣстно, что центры движенія верхней и нижней конечности локализируются въ верхней части восходящихъ лобной и темянной извилинъ [2]). Въ виду этого Мэкъ-Юэнъ рѣшился трепанировать черепъ впереди верхней части Роландовой борозды, т. е. онъ выпилилъ отверстіе, отстоявшее на дюймъ ниже sutura longitudinalis cranii и на $^1/_2$ дюйма позади linea auriculo-bregmatica. И въ данномъ случаѣ операторъ нашелъ перепончатое утолщеніе мозговыхъ оболочекъ соотвѣтственно Роландовой бороздѣ и параллельно идущимъ извилинамъ лобной и темянной долей мозга. Когда онъ удалилъ эту воспалительную ткань, представлявшуюся желтою и весьма ломкою (very friable), онъ надрѣзалъ мозговую ткань, откуда вытекла кашицеобразная жидкость въ количествѣ около двухъ драхмъ.

Пульсація мозга, которая до разрѣза вовсе не была замѣтна, теперь обнаружилась на столько ясно, что окружавшія лица могли ее различать. Очистивъ рану, операторъ приладилъ лоскуты твердой мозговой оболочки на прежнее мѣсто и закрылъ рану обеззараженною губкой.— Кромѣ того, Мэкъ-Юэнъ считалъ необходимымъ удалить

---

[1]) William Mac-Ewen. *Case of monoplegia of left arm and leg due to cortical lesion.* (см. «The Lancet» 1885, т. I, стр. 934).

[2]) Этотъ фактъ доказанъ еще Гитцигомъ, опытами на животныхъ, и подтвержденъ патологическими наблюденіями надъ людьми Шарко и Питромъ (см. Charcot et Pitres. *Contribution à l'étude des localisations dans l'ecorce des hemisphères du cerveau.* «Revue de médecine et de chir.» 1877. Janv.).

небольшой кружокъ кости изъ задняго отдѣла теменной кости вблизи сліянія послѣдней съ затылочною, ибо на внутренней поверхности теменной онъ предполагалъ найти остеофиты, что и оказалось на самомъ дѣлѣ. Найденное утолщеніе кости выдавалось на $^1/_8$ дюйма надъ нормальнымъ уровнемъ стекловидной поверхности черепа; твердая-же мозговая оболочка, кромѣ легкаго помутнѣнія и истонченія, представлялась здоровою; пульсація мозга ясно различалась. — Мэкъ-Юэнъ долотомъ срѣзалъ остеофиты вмѣстѣ съ частью стекловидной пластинки черепа; выпиленные изъ черепа диски онъ разрѣзалъ на части и пересадилъ ихъ подъ покровы черепа; послѣдніе онъ сшилъ, вставивъ въ нижніе углы ранъ обезизвествленныя кости цыпленка, вмѣсто дренажа; поверхность раны онъ опылилъ порошкомъ іодоформа и покрылъ марлей, пропитанной эйкалиптовымъ масломъ и ватой.

Результатъ операціи. Сутки спустя больная себя чувствовала уже значительно лучше: судороги въ лѣвой голени исчезли, хотя въ правомъ плечѣ онѣ еще продолжались. Къ концу первой недѣли оперированная начала уже двигать пальцами стопы и всей стопой, а три недѣли спустя послѣ операціи всѣ движенія въ парилизованныхъ мышцахъ возстановились. — По снятіи повязки, декальцинированные дренажи оказались внѣ раны, а послѣдняя представлялась почти зажившею. — Два мѣсяца спустя больная могла уже ходить по комнатѣ, хотя лѣвую голень она еще волочила. Полтора года спустя послѣ операціи Мэкъ-Юэнъ мнѣ ее представилъ (2/VIII. 1885) въ своей клиникѣ, куда она приходила пѣшкомъ на разстояніи мили отъ своего дома; она передавала, что исполняетъ свои домашнія работы безъ особенныхъ затрудненій.

Взглядъ Мэкъ-Юэна на происхожденіе мозговыхъ грыжъ.

На основаніи этихъ и другихъ подобныхъ наблюденій, Мэкъ-Юэнъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) Если въ нѣкоторыхъ случаяхъ остраго энцефалита, поражающаго поверхность мозга, воспалительный процессъ еще въ разгарѣ, то послѣ трепанаціи черепа и разрѣзыванія мозговыхъ оболочекъ образуется ложная грыжа мозга (a false hernia cerebri). 2) Если-же воспалительныя явленія въ мозгу до извѣстной степени ограничены, то подобной мозговой грыжи не образуется, хотя-бы и сдѣлали отверстіе въ черепной покрышкѣ. 3) Здоровая мозговая ткань не можетъ выпячиваться чрезъ отверстіе черепа, развѣ только внутричерепное давленіе выпятитъ ее наружу. 4) Операціи въ мозгу, въ которомъ нѣтъ острыхъ воспалительныхъ явленій и экстравазатовъ крови, не будутъ вызывать мозговой грыжи, если только сама операція не раздражитъ мозговую ткань и не вызоветъ

воспалительныхъ явленій. 5) Главная причина, вызывающая мозговую грыжу послѣ внутричерепной операціи, есть разложеніе (decomposition) и это послѣднее легко можетъ быть предупреждено противугнилостными мѣрами. 6) Если воспаленіе мозга существуетъ во время самой операціи, то образуется мозговая грыжа, несмотря на примѣненіе противугнилостныхъ мѣръ [антисептики [1])].

Нѣкоторые выводы.

И такъ, вышеописанные два случая трепанаціи черепа представляютъ для насъ, помимо громаднаго клиническаго интереса, еще и ту особенность, что Мэкъ-Юэнъ доказалъ фактически возможность примѣненія научныхъ выводовъ Гитцига и Шарко относительно локализаціи двигательныхъ центровъ въ корковомъ слоѣ мозга, для діагностическихъ цѣлей и точнаго опредѣленія мѣста, *гдѣ должна быть сдѣлана трепанація черепа, чтобы удалить причину раздраженія мозга.*—Для меня остается только невыясненнымъ, какими соображеніями руководствовался Мэкъ-Юэнъ во второмъ случаѣ для опредѣленія существованія остеофитовъ на внутренней (стекловидной) пластинкѣ темянной кости, вблизи ламбдовиднаго шва?—Не слѣдуетъ забывать, что второе трепанаціонное отверстіе было сдѣлано на значительномъ протяженіи (3 — 4 поперечныхъ пальца) отъ Роландовой борозды; стало быть, увидѣть или осязать эти костяные бугры чрезъ первое отверстіе нельзя было. Остается только предположить, что Мэкъ-Юэнъ считалъ мѣстоположеніе двигательнаго центра лѣвой нижней конечности въ верхне-задней части правой темянной извилины; такая топографія этого центра почти совпадаетъ съ топографіею его по А. Гэру (см. на рис. 41 кружокъ 1) и съ соблюденіемъ д-ра Мочутковскаго (см. рис. 42 участокъ 20).

Кромѣ того, для хирурговъ эти наблюденія Мэкъ-Юэна поучительны еще тѣмъ, что онъ доказалъ возможность прививать мелкіе куски черепа къ твердой мозговой оболочкѣ; онъ называетъ это *reimplantation of bone.*

Реимплантація кости.

Впрочемъ, вопросъ о прививкѣ мелкихъ кусковъ кости вообще составлялъ излюбленный предметъ научныхъ наблюденій проф. Мэкъ-Юэна. Еще въ концѣ семидесятыхъ годовъ онъ обнародовалъ нѣсколько клиническихъ случаевъ костной прививки къ трубчатымъ костямъ и, исходя изъ этой точки зрѣнія, что регенараціею костной ткани занимались преимущественно французскіе хирурги (Флуранъ,

---

[1]) William Mac-Ewen, l. c. (см. «The Lancet.» 1885, т. I, стр. 936).

Оллье, Попсэ и друг.), онъ въ 1882 г. напечаталъ въ журналѣ «Revue de Chirurgie» весьма интересную статью, въ которой онъ излагаетъ вопросъ *«о реимплантаціи кости»* съ анатомо-патологической, физіологической и клинической стороны, предпославъ предварительно краткій историческій очеркъ этого вопроса.—Въ этой монографіи [1]) Мэкъ-Юэнъ весьма обстоятельно описываетъ одинъ случай 3-лѣтняго ребенка, у котораго ему удалось возстановить $^2/_3$ длины плечевой кости при посредствѣ повторныхъ прививокъ мелкихъ кусковъ кости, заимствованныхъ у другаго ребенка. Это наблюденіе Мэкъ-Юэна на столько поучительно и практическое его значеніе на столько очевидно, что я считаю его заслуживающимъ вниманія каждаго врача, имѣющаго дѣло съ хроническими страданіями костной системы у дѣтей.

III.—*Случай пересадки человѣческой кости, способствующей возстановленію двухъ третей тѣла плечевой кости.*

Случай пересадки человѣческой кости съ одного субъекта другому.

Въ іюлѣ 1878 года въ клинику проф. Мэкъ-Юэна поступилъ трехлѣтній мальчикъ съ весьма плохимъ питаніемъ и съ разлитымъ воспаленіемъ клѣтчатки всего праваго плеча; лихорадочное состояніе, постоянный потъ, крайняя слабость всего организма заставили опасаться за жизнь этого ребенка. По вскрытіи нарыва въ средней части плеча было выпущено до 14 унцій жидкаго, ихорознаго гноя и констатировано, что все тѣло плечевой кости (corpus os. brachii) некротизировано и издавало вонючій запахъ. Кромѣ того, общее состояніе малолѣтняго паціента не позволяло приступить тотчасъ-же къ большой операціи, поэтому назначены были внутреннія средства, укрѣпляющія питаніе. 7/VIII 1878 омертвѣвшая кость показалась въ свищевомъ отверстіи; при помощи Листоновскихъ щипцовъ она была разрѣзана на два куска и извлечена наружу; оказалось, что весь діафизъ плечевой кости выдѣлился въ формѣ омертвѣлаго секвестра. Рана перевязывалась карболовой кислотой, полость была выполнена тампономъ, конечность — уложена въ шину. Разлитое нагноеніе послѣ удаленія секвестра длилось еще двѣ недѣли, но общее состояніе больнаго улучшилось.—Не смотря на заботы врача—поддерживать открытымъ отверстіе въ покровахъ, въ виду возможности отхожденія другихъ се-

[1]) Dr. William Mac-Ewen. *Observations touchant la transplantation osseuse. Un cas de transplantation interhumaine suivie de restauration des deux tiers du corps de l'humérus* (см. «Revue de Chirurgie.» 1882, стр. 1—16).

квестровъ, оно все-таки вверху скоро закрылось. —Всѣ мѣры, направленныя къ возстановленію потерянной части кости, оказались безуспѣшными; 23/xi 1878 ребенка выписали изъ клиники; въ это время легко было убѣдиться, что верхній эпифизъ былъ длиною въ $1^3/_4$ дюйма и представлялся веретенообразнымъ; конецъ его былъ очень тонокъ и заостренъ; выше нижняго эпифиза, кромѣ мыщелковъ плеча, вовсе не прощупывалось костной ткани.

Черезъ годъ, въ ноябрѣ 1879 г., ребенка опять привели въ клинику. Правая рука отвисала какъ плеть вдоль туловища; разстояніе отъ акроміальнаго отростка до нижняго конца прощупываемой кости равнялось всего 2 дюймамъ; коническій конецъ верхняго эпифиза плеча, при попыткахъ больнаго сгибать предплечье, выпячивался чрезъ тонкіе покровы. Весь промежутокъ отъ этого конца до нижняго эпифиза былъ выполненъ однѣми лишь мягкими частями; никакой костной ткани здѣсь не прощупывалось. Сила сокращенія мышцъ, однакоже, сохранилась, такъ что при движеніяхъ плечомъ мыщелки (condyli brachii) приближались къ заостренному концу верхняго эпифиза, а этотъ послѣдній, подъ вліяніемъ сокращенія m-li deltoidei, выпячивалъ кожу; по прекращеніи движенія мышцъ промежутокъ между эпифизами выполнялся натянутыми пучками мягкихъ частей. Больной самъ не былъ въ состояніи приводить (аддуцировать) предплечье къ груди; но если фиксировать у него мыщелки, оттягивая ихъ внизъ, то онъ могъ приподымать (флектировать) предплечье къ подбородку. — Стало быть, мышечная сила въ данномъ случаѣ сохранилась, отсутствовалъ только рычагъ (respective, кость), при помощи котораго эта сила могла-бы приподымать тяжесть предплечья. — Вотъ почему Мэкъ-Юэнъ сначала думалъ приспособить какой-либо искусственный протезъ, который замѣнилъ-бы этотъ отсутствующій рычагъ: но соціальное положеніе больнаго (сынъ весьма бѣднаго рабочаго) и малый его возрастъ не говорили въ пользу осуществленія этой мысли. Тогда Мэкъ-Юэнъ рѣшился приступить къ костнымъ прививкамъ, которыя онъ заимствовалъ у другихъ дѣтей, подлежащихъ операціи—клиновидной резекціи (osteotomia cuneiformis) съ цѣлью устранить передне-заднее искривленіе голени (crura arcuata).

Техника пересадки костныхъ прививокъ.

Техника пересадки костныхъ прививокъ по Мэкъ-Юэну. Пятнадцать мѣсяцевъ послѣ первой операціи вышеописаннаго больнаго, авторъ сдѣлалъ разрѣзъ соотвѣтственно нижнему концу верхняго эпифиза плеча и, по обнаженіи его отъ мягкихъ частей, нашелъ хря-

щевой покровъ длиною въ $^1/_4$ дюйма, который онъ снялъ, послѣ чего верхній эпифизъ имѣлъ въ длину всего $1^3/_4$ дюйма, считая отъ акроміальнаго отростка лопатки. На уровнѣ этого конца эпифиза онъ расщепилъ вдоль мягкія части, сверху внизъ, па протяженіи двухъ дюймовъ и соотвѣтственно межмышечному промежутку (à une interstice musculaire); на всемъ этомъ протяженіи онъ не находилъ никакого слѣда кости. Вотъ почему при пересадкѣ костныхъ прививокъ ничего другаго не оставалось, какъ руководствоваться только анатомическою топографіею мягкихъ частей. Сдѣланное отверстіе было тампонировано съ двоякою цѣлью—чтобы унять кровотеченіе и расширить мягкія части, т. е., приготовить мѣсто для трансплантируемыхъ кусковъ кости.

Два костныхъ осколка были заимствованы съ большеберцевой кости 6-лѣтняго ребенка, страдавшаго переднимъ искривленіемъ голени. Основаніе осколка соотвѣтствовало передней поверхности tibiae, покрытой надкостницей, а заостренный конецъ—задней поверхности той-же кости. По удаленіи этихъ осколковъ изъ почвы, авторъ расщепилъ ихъ костными щипцами на мелкіе кусочки, которые были перенесены въ приготовленное отверстіе плеча; эти кусочки сохранялись въ карболовомъ растворѣ все время, необходимое для манипуляцій, которыя, впрочемъ, длились всего двѣ—три минуты. Въ нижній уголъ разрѣза вставленъ былъ дренажъ изъ конскаго волоса; послѣ того рана сшивалась и поверхъ ея наложена была противугнилостная повязка самымъ тщательнымъ образомъ. Рана протекала безлихорадочно и безъ нагноенія. *Мѣсяцъ послѣ операціи констатировано зарубцеваніе раны съ приживленіемъ пересаженныхъ костныхъ прививокъ на должномъ мѣстѣ.*

Успѣхъ первой пересадки костныхъ прививокъ.

Два мѣсяца послѣ первой прививки костныхъ осколковъ операторъ могъ прощупать сквозь мягкія части плеча вновь образовавшуюся кость толщиною въ $^3/_4$ дюйма и длиною въ дюймъ; при проведеніи пальца отъ головки плечевой кости къ мѣсту прививки не трудно было отличить послѣднюю по ея большей толщинѣ отъ бывшаго съуженнаго конца верхняго эпифиза, который теперь представлялся притупленнымъ. Разстояніе отъ акроміальнаго отростка до нижняго конца плеча равнялось $2^3/_4$ дюйма при положеніи плеча у туловища; слѣдовательно, кость удлинилась па дюймъ.—Въ такомъ состояніи этотъ оперированный мальчикъ былъ представленъ «Обществу Патологовъ въ Глазгоо».

Въ февралѣ 1880 г. Мэкъ-Юэнъ сдѣлалъ этому-же ребенку вто-

рую пересадку такимъ-же образомъ, причемъ онъ во-очію могъ убѣдиться, что на нижнемъ концѣ верхняго эпифиза образовалась известковая ткань, вполнѣ похожая на живую кость. Затѣмъ онъ опять образовалъ расщелину между мышцъ, гдѣ онъ пересадилъ костныя прививки, заимствованныя у 5-лѣтняго ребенка, страдавшаго искривленіемъ большеберцевой кости. На этотъ разъ онъ пробовалъ пересадить и болѣе широкіе куски кости отъ $^1/_4$ до $^1/_2$ дюйма, но наибольшая часть прививокъ имѣли всего $^1/_8$ и $^1/_6$ дюйма.—Рана сначала протекала вполнѣ удовлетворительно до конца третьей недѣли, какъ вдругъ — повысилась t°, на повязкѣ показалось немного гноя, а въ отверстіи мягкихъ частей торчалъ одинъ изъ наибольшихъ костныхъ осколковъ; впослѣдствіи отошли еще и другіе крупные кусочки, но всѣ малыя пересадки привились, такъ что $^1/_3$ прививокъ выдѣлилась. На этихъ-то костныхъ осколкахъ нетрудно было замѣтить маленькія впадины, наполненныя грануляціонною тканью—явленія, указывавшія на всасываніе костной ткани. По удаленіи непринявшихся осколковъ рана скоро зажила.

Успѣхъ второй пересадки.

Два мѣсяца спустя послѣ послѣдней операціи разстояніе отъ вершины акроміальнаго отростка до нижняго конца плеча (гдѣ была сдѣлана прививка) равнялось 4 дюймамъ; стало быть, прирощеніе на $1^3/_4$ дюйма.

Такимъ же образомъ Мэкъ-Юэнъ пересадилъ въ третій разъ нѣсколько осколковъ къ мыщелкамъ плеча; но на этотъ разъ онъ прививалъ болѣе мелкіе кусочки. Прививка удалась на столько, что на нижнемъ концѣ плеча выросла кость длиною до 2 дюймовъ и оба конца (верхній и нижній) могли быть сближены между собою. Оперированный ребенокъ былъ выписанъ изъ клиники на два мѣсяца.

31/x 1880 г. (три съ половиной мѣсяца послѣ послѣдней пересадки) операторъ рѣшился оживить концы костей, чтобы способствовать ихъ взаимному сращенію. Съ этою цѣлью онъ обнажилъ оба конца вновь образовавшихся костей; при этомъ онъ глазомъ могъ убѣдиться, что оба конца кости покрыты сосудистою пеленою, похожей на надкостницу; костными щипцами онъ снялъ по тонкой пластинкѣ съ каждой кости и приладилъ одинъ конецъ къ другому. Шесть недѣль спустя кости спаялись. Но, чтобы ускорить процессъ образованія новой кости въ діафизѣ, Мэкъ-Юэнъ ввелъ при посредствѣ сверла два колышка, которые оставались въ кости 4—5 недѣль; по удаленіи ихъ (въ началѣ марта 1881) все плечо представляло одну цѣльную кость длиною въ

6 дюймовъ; правая оперированная конечность была короче лѣвой (здоровой) всего на 1/2 дюйма; при вращеніи мыщелками плеча головка вверху послѣдняго поворачивалась въ соотвѣтственную сторону. Наконецъ, оперированный ребенокъ былъ въ состояніи подносить свою руку къ головѣ и производить различныя движенія (adductio и abductio).

И такъ, гнойный періоститъ разрушилъ весь діафизъ правой плечевой кости, отъ которой, по удаленіи секвестровъ, остались только верхній эпифизъ въ формѣ шипа и нижній эпифизъ или мыщелки. Продолжительное выжидательное леченіе не привело къ цѣли—дефектъ кости не возстановился. Тогда операторъ рѣшился приступить къ пересадкѣ костныхъ прививокъ, которыя онъ производилъ слѣдующимъ образомъ: въ мягкихъ частяхъ подготовилась расщелина, куда переносились мелкіе осколки человѣческой кости, заимствованные у дѣтей, подлежавшихъ ортопедической остеотоміи. Всякій осколочекъ, будучи покрытъ отчасти надкостницей, вносился между мышцами вблизи оживленной поверхности имѣвшейся кости. Осколки эти спаялись между собой и слились въ одно цѣлое съ верхнимъ и нижнимъ эпифизами, образовавъ такимъ путемъ новую плечевую кость на $^1/_2$ дюйма короче противуположной здоровой стороны. Стало быть, повторная пересадка костныхъ прививокъ сдѣлала изъ негодной для функціи конечности вполнѣ годную.

На основаніи этого наблюденія, которое можетъ быть разсматриваемо, какъ серія отдѣльныхъ пересадокъ костныхъ прививокъ, Мэкъ-Юэнъ дѣлаетъ слѣдующія заключенія:

1) *Костныя прививки могутъ жить и развиваться.*

2) *Этотъ законъ слѣдуетъ только отнести къ прививкамъ человѣческой кости.*

3) *Въ хирургической практикѣ онъ можетъ примѣняться съ большимъ успѣхомъ.*

4) *Въ каждую отдѣльную пересадку должны войти всѣ элементы кости.*

5) *Лучше всего удаются эти прививки тогда, если костные осколки разсѣкаются острымъ инструментомъ на весьма тонкія пластинки.*

6) *Для полнаго успѣха пересадки, необходимо примѣнять противугнилостную повязку.*

Я не стану приводить здѣсь другихъ усовершенствованій, внесенныхъ Мэкъ-Юэномъ въ оперативную технику и клиническую хи-

ругію (какъ сшиваніе надколѣнника, трепанація черепа при гнойныхъ отитахъ, леченіе костоѣды позвонковъ и т. п.), но не могу не указать читателю нѣкоторыхъ его наблюденій надъ травматическимъ поврежденіемъ спиннаго мозга, при которыхъ его оперативное искусство оказывало небывалый успѣхъ.

Paraplegia traumatica, устраненная резекціею спиннаго хребта.

IV. *Случай paraplegiae traumaticae, вызванный вдавленіемъ дуги двѣнадцатаго спиннаго позвонка и образованіемъ соединительно-тканной опухоли въ полости позвоночника.* Двадцатидвухлѣтній мужчина при засыпи каменноугольной копи, получилъ тяжелое поврежденіе на уровнѣ спинной части позвоночнаго хребта, вызвавшее полный параличъ нижнихъ конечностей и недержаніе мочи и кала. Сначала у больнаго появилась чрезмѣрная чувствительность (hyperaesthesia), которая въ теченіи трехъ недѣль усиливалась и дошла до того, что больной сильно страдалъ при сотрясеніи пола или соприкосновеніи къ конечностямъ. Между третьей и пятой недѣлями наступила рѣзкая перемѣна: мышцы нижнихъ конечностей потеряли электрическую чувствительность, онѣ до того похудѣли и атрофировались, что контуры костей сквозь нихъ рѣзко обозначались. Не смотря на примѣненіе массажа, послѣ прекращенія болей, сгибательныя мышцы (flexores) сильно сократились, стопы и пальцы сдѣлались немощными, а сочлененія фиксировались. Позднѣе, кожа надъ выдающимися костями покраснѣла и, не смотря на предупредительныя мѣры, она гангренесцировала и у больнаго образовались пролежни. Моча сдѣлалась аміачная. Температура стала возвышаться. Очевидно, что смертельный исходъ былъ-бы неминуемъ, если не попытаться устранить давленіе на спинной мозгъ.

Резекція позвоночника.

Въ февралѣ 1885 г. Мэкъ-Юэнъ приступилъ къ операціи: послѣдній спинной и первый поясничный позвонки онъ обнажилъ отъ мягкихъ частей, послѣ чего обнаружилось, что дуга 12-го спиннаго позвонка изломлена и слегка вдавлена; далѣе, между дугой позвонка и оболочкою спиннаго мозга находилась соединительнотканная опухоль (a connective tissue tumour), имѣвшая около ¼ дюйма въ передне-заднемъ діаметрѣ и занимавшая пространство между 11-мъ спиннымъ и 2-мъ поясничнымъ позвонками; кверху и книзу отъ 12-го спиннаго позвонка опухоль эта постепенно утончалась и, повидимому, она ограничивалась заднею поверхностью канала.—Операторъ тщательно отдѣлилъ новообразованіе отъ оболочки спиннаго мозга, равно какъ

вдавленную часть позвонка и, закрывъ рану мягкими частями, предоставилъ теченіе болѣзни силамъ природы.

Результатъ операціи.

Въ туже ночь уже замѣтно было улучшеніе—конечности на ощупь стали теплѣе. На третій день послѣ операціи больной началъ двигать пальцами. Мѣсяцъ спустя контрактированныя сухожилья надъ голеностопнымъ сочлененіемъ и на тылѣ стопы были разрѣзаны (tenotomised), послѣ чего движеніе быстро возстановлялось; онъ сталъ ходить при помощи костылей, которые онъ бросилъ черезъ годъ. Впослѣдствіи этотъ оперированный ходилъ свободно, хотя имѣлъ походку параплегика (with paraplegic gait [1]).

Въ трактатѣ «*о хирургіи головнаго и спиннаго мозга*» [2]), откуда мы заимствовали описаніе этого случая, Мэкъ-Юэнъ передаетъ, что онъ шесть разъ оперировалъ въ подобныхъ случаяхъ, изъ нихъ 4 оперированныхъ вполнѣ выздоровѣли, а двое умерли: одинъ вслѣдствіе чахотки скончался мѣсяцъ спустя послѣ операціи съ зажившею раною, а другому больному, бывшему и безъ того въ безнадежномъ и безпомощномъ состояніи, операція, быть можетъ, ускорила нѣсколько его неизбѣжную смерть.

Приведенные примѣры, я полагаю, вполнѣ достаточны для того, чтобы признать за Мэкъ-Юэномъ роль научнаго оператора, прогрессирующаго въ своей практической дѣятельности согласно съ быстрымъ теченіемъ современной клинической хирургіи.

Для характеристики-же хирургическаго матеріала «Королевской больницы въ Глазгоо», я сопоставлю оперативные случаи, бывшіе въ 1884 году, въ приведенной на оборотѣ таблицѣ:

---

[1]) Этотъ оперированный былъ демонстрированъ «Клиническому Обществу» въ Глазгоо 22/хп 1885 г.

[2]) William Mac-Ewen. *Addrecs on the surgery ol the brain and spina cord*, delivered before the British Med. Association (см. «The Lancet», 1888, т. II, стр. 254 и слѣд.).

Таблица XXIV, указывающая оперативную дѣятельность «Глазговской Королевской больницы» за 1884 г. [1]).

№ группы.		Названія операцій.	Число случаевъ.	Исходъ. Выздор.	Смерть.	% смертности группы операцій.	Особыя примѣчанія.
I		*Ампутаціи:*					
	Первичныя.	въ плечев. суставѣ.	5	2	3		Двое умерло отъ шока; одинъ — отъ истощенія.
		на плечѣ	6	6	0		
		» предплечьи. . .	4	4	0		
		» на ручной кисти.	1	1	0		
		въ бедрен. суставѣ.	1	1	0		
		на бедрѣ	9	7	2		
		въ колѣнѣ	4	3	1		
		на голени	8	7	1		
		въ гол.-стоп. сочл. .	1	1	0		
		на плечѣ и голени .	1	0	1		Двойная ампутація вслѣдствіе травмы.
		обѣихъ голеней . .	1	0	1		Умеръ отъ гнилокровія.
		голени и стопы . .	1	1	0		
		праваго плеча и лѣваго предплечья.	1	1	0		
		обѣихъ стопъ. . .	1	1	0		
		по Пирогову . .	1	1	0		
		» Гэю	1	1	0		
			46	37	9	*19,5*	
II		*Ампутаціи:*					
	Вторичныя	на бедрѣ	4	3	1		
		въ колѣнѣ. . . .	1	1	0		
		на голени	3	3	0		
		въ гол.-стопн. сочл.	1	1	0		
		на стопѣ	1	1	0		
			10	9	1	*10*	
III		*Ампутаціи:*					
	Патологическія:	всего плеча . . .	1	1	0		
		на плечѣ	6	6	0		
		» предплечьи . .	3	3	0		
		» ручной кисти .	3	2	1		Умеръ во время операціи, показаніе — ожоги.
		всего бедра . . .	2	1	1		
		на бедрѣ	6	4	2		Оба умерли отъ истощенія.
		въ колѣнѣ	6	5	1		
		на голени	8	7	1		
		въ гол.-стоп. сочл.	11	11	0		
		по Ру	1	1	0		
			47	41	6	*12,7*	
		Всего большихъ ампутацій.	**103**	**87**	**16**	**15,5**	
IV		*Ампутаціи пальцевъ:*					
		руки	92	92	0		
		ноги	13	13	0		
			105	105	0	0	

[1]) Эти числовыя данныя заимствованы мною изъ брошюры «*Ninetieth annual Report of the «Glasgow Royal Infirmary» for 1884*» — Glasgow.

V	*Резекціи сочлененій:*					
	плечеваго	2	1	1		Умеръ отъ чахотки.
	локтеваго	25	25	0		
	луче-запястнаго . .	8	8	0		
	тазо-бедреннаго . .	8	8	0		
	колѣннаго	17	17	0		
	голено-стопнаго . .	1	1	0		
		61	60	1	1,6	
VI	*Резекціи на продолженіи кости:*					
	челюсти.	2	2	0		
	плечевой кости . .	1	1	0		
	лучевой » . .	1	1	0		
	костей запястья . .	4	4	0		
	» плюсны . .	5	5	0		
	пяточной кости . .	1	1	0		
	крестцевой » . .	1	1	0		
		15	15	0	0	
VII	*Удаленіе опухолей въ областяхъ:*					
	подкрыльц. впадины.	2	2	0		
	шеи	2	2	0		
	щеки.	3	3	0		
	челюстной кости. .	1	1	0		
	языка	2	1	1		
	дна рта.	1	1	0		
	поясницы	1	0	1		Была удалена саркома, умеръ отъ рожи.
	колѣна	1	1	0		
	ручной кисти. . .	1	1	0		
	подколѣнной ямки .	3	3	0		
	лимфат. жел. . . .	4	4	0		
	губъ лица. . . .	8	8	0		
	привратника . . .	1	0	1		Ракъ привратника желудка.
	миндалевид. железъ.	2	2	0		
	титечной желѣзы .	15	14	1		Скирръ.
	яичка	5	5	0		
	брюшной стѣнки. .	1	1	0		
	плеча.	1	1	0		
	мало-берцов. кости.	1	1	0		
	подъязычн. кисты .	1	1	0		
	ulcus rodens . . .	1	1	0		
	носовой полости. .	1	1	0		
	задняго прохода . .	1	1	0		
	матки.	2	2	0		
		61	57	4	6,5	
VIII	*Вправленіе вывиховъ:*					
	ниж. челюсти. . .	2	2	—		
	плеча	33	33	—		
	ключицы	1	1	—		
	локтя.	6	6	—		
	ручной кисти. . .	1	1	—		
	пальцевъ руки . .	1	1	—		
	большаго пальца .	3	3	—		
	стопы.	1	1	—		
		48	48	—	0	

IX	*Частныя операціи:*					
	amputatio penis . .	4	4	0		
	herniotomia . . .	29	17	12	*41,3*	3 умерло отъ peritonitis, одинъ отъ gangrenae и двое—отъ истощенія.
	iridectomia. . . .	3	3	0		
	ligatura arteriar. .	6	6	0		
	lithotomia	6	5	1		
	nephrectomia . . .	1	0	1		
	вытяженіе нерва .	1	1	0		
	osteotomia	84	84	0	0	
	ovariotomia . . .	2	1	1		
	sectio perinealis. .	5	4	1		Въ отчетѣ не указано показанія къ операціи.
	operatio plastica. .	3	3	0		
	exstirpatio laryngis.	1	0	1		
	tenotomia	8	8	0		
	trepanatio cranii. .	11	4	7	*63,6*	Показаніемъ служило: 1 спазм. параличи, 1 гнойникъ въ мозгу, 5—переломы позвоночника и paraplegia.
	punctio hydroceles.	9	9	0		
	punctio cystis ovarii.	4	4	0		
	sutura fracturae patella	2	2	0		
	anus praeternaturalis	1	1	0		
		180	156	24	*13,3*	
X	*Прочія операціи:*	*222*	*214*	*8*	*3,6*	Въ этомъ числѣ 6 случаевъ spina bifida съ благополучвымъ исходомъ.
	Общее число операцій.	**795**	**742**	**53**	6,6	

Оцѣнка оперативной дѣятельности «Глазговской Королевской больницы» за 1884 г.

Изъ этой таблицы видно, что описываемая мною больница весьма богата разнообразіемъ оперативнаго матеріала; въ теченіи одного отчетнаго года встрѣчались почти всѣ операціи: даже такая рѣдкая форма болѣзни, какъ *spina bifida*—наблюдалась шесть разъ и была съ успѣхомъ оперирована. Кромѣ того, таблица XXIV подтверждаетъ высказанное мною въ началѣ этой главы, именно: *развитіе фабричной промышленности города Глазгоо сказывается на характерѣ оперативной дѣятельности мѣстныхъ хирурговъ*. Такъ, мы видимъ, что въ «Глазговской Королевской больницѣ» въ теченіи одного года ампутацій (большихъ и малыхъ конечностей) было сдѣлано 208, что составляетъ 26% всѣхъ операцій, или болѣе $^1/_4$ всей оперативной дѣятельности названной больницы выразилась въ ампутаціяхъ. При современномъ сберегательномъ (консервативномъ) направленіи оперативной хирургіи, причину такого громаднаго числа ампутированныхъ

въ Глазговской больницѣ, по моему мнѣнію, слѣдуетъ искать въ какихъ нибудь мѣстныхъ условіяхъ, или, иначе говоря, въ «травматической эндеміи», вызываемой фабричной промышленностью города Глазгоо. Вслѣдствіе этого и процентъ смертности ампутацій здѣсь значительно выше, нежели въ Эдинбургѣ. При сравненіи этихъ данныхъ съ таковыми, указанными въ таблицѣ XXIII, видно, что въ «Эдинбургской Королевской больницѣ» 120 ампутацій дали 5 смертельныхъ исходовъ, что составляетъ всего 4% смертности, тогда какъ въ «Глазговской Королевской больницѣ» 103 (большихъ) ампутацій дали 16 смертельныхъ исходовъ или 15,3%; если же къ нимъ причислить и малыя ампутаціи (см. IV группу, табл. XXIV), то, все-таки, общій процентъ смертности будетъ равняться 7,6%, т. е., онъ почти вдвое выше, нежели въ Эдинбургѣ.

Далѣе, исходы резекцій сочлененій (т. е., операцій менѣе часто показуемыхъ при травматическихъ поврежденіяхъ) и въ Эдинбургѣ и въ Глазгоо почти одинаковы: въ «Королевской больницѣ» перваго всѣ 22 случая резекцій суставовъ выздоровѣли, въ такой же больницѣ втораго—61 случай резекцій дали одинъ смертельный исходъ; и этотъ единственный оперированный умеръ отъ страданія чахоткой.

Въ приведенной таблицѣ XXIV насъ поражаютъ только печальные исходы двухъ операцій — *herniotomia* и *trepanatio cranii* (см. IX группу): изъ 29 грыжесѣченій умерло 12 и изъ 11 трепанированныхъ умерло 7; обѣ эти операціи въ рукахъ другихъ современныхъ хирурговъ даютъ значительно лучшіе исходы. Къ сожалѣнію, въ томъ отчетѣ «Глазговской Королевской больницы», которымъ я могъ пользоваться, исторіи болѣзни не приведены вовсе, поэтому мнѣ трудно указать прямую причину такой большой смертности этихъ операцій. Во всякомъ случаѣ, я считалъ нужнымъ остановить вниманіе читателя на этомъ фактѣ съ цѣлью показать, что оперативная дѣятельность «Глазговской Королевской больницы», хотя и проведенная строго антисептически, не лишена и темныхъ сторонъ; и здѣсь встрѣчаются осложненія операціонныхъ ранъ въ формѣ рожи, гнилокровія, воспаленія брюшины и т. п. Такъ, въ отчетѣ [1]) указано, что въ хирургическомъ отдѣленіи больницы за 1884 г. наблюдалось 77 случаевъ рожи, изъ которыхъ 10 кончились смертельно; 3 случая гнилокровія съ смертельны исходами.

---

[1]) См. *Ninetieth annual Report of the Glasgow Royal Infirmary* 1884, стр. 53.

Въ этой же группѣ—*частныя операціи*—замѣтимъ, что всѣ 84 случая *osteotomiae* выздоровѣли; на сколько мнѣ извѣстно, въ «Глазговской Королевской больницѣ» подобные случаи преимущественно собираются въ отдѣленіи Мэкъ-Юэна, поэтому такой успѣшный исходъ этихъ операцій я склоненъ приписать его безупречной оперативной техникѣ.

Наконецъ, замѣтимъ, что общее число операцій довольно значительно—795 оперированныхъ дали 53 смертельныхъ исхода, что составляетъ 6,6% смертности. Такой результатъ нельзя не признать утѣшительнымъ, если принять во вниманіе, что въ томъ же отчетномъ году въ «Глазговской Королевской больницѣ» изъ 2877 коечныхъ хирургическихъ больныхъ умерло 219 человѣкъ, что составляетъ 7,6% смертности; слѣдовательно, оперативная смертность менѣе госпитальной смертности хирургическаго отдѣленія вообще. Но если сравнить этотъ оперативный успѣхъ съ результатомъ операцій въ «Эдинбургской Королевской больницѣ», то въ послѣдней оперативная смертность почти вдвое меньше: въ отдѣленіи д-ра Бэля она равна 3,6% (см. таблицу XXIII). Правда, такія одногодичные отчеты не могутъ служить общимъ мѣриломъ для оцѣнки дѣятельности даннаго госпиталя вообще; но я думаю, что сопоставленіе такихъ отчетовъ госпиталей населеннаго и фабрично-промышленнаго государства Соединеннаго Королевства Великобританіи можетъ дать нѣкоторое фактическое подтвержденіе успѣхамъ современной хирургіи въ Англіи, что было мною сдѣлано при резюмированіи своихъ наблюденій (см. *Къ читателю*, таб. *Б.*).

Въ дополненіе къ представленному очерку дѣятельности Мэкъ-Юэна, я полагаю, нелишне будетъ указать и литературные труды его.

Mac-Ewen (William) родился въ 1848 году въ шотландскомъ городѣ Бютъ; онъ воспитывался въ «Глазговской Медицинской Школѣ», по окончаніи курса которой онъ, въ 1869 г., получилъ званіе магистра хирургіи (C. M.). Съ 1872 г., будучи удостоенъ степени доктора медицины (M. D.), онъ состоялъ ординаторомъ (house-surgeon) хирургическаго отдѣленія «Глазговской Королевской больницы». Чрезъ два года Мэкъ-Юэнъ получилъ ученое званіе члена «Факультета Медиковъ и Хирурговъ» въ Глазгоо (F. F. P. S. G.). Въ настоящее время Уильямъ Мэкъ-Юэнъ состоитъ профессоромъ систематической и клинической хирургіи «Медицинской Школы» при Глазговской Королевской больницѣ, завѣдуетъ хирургическимъ отдѣленіемъ той-же боль-

ницы и числится консультантомъ при дѣтской больницѣ—«Children hospital of Glasgow».

Изъ выдающихся литературныхъ трудовъ его я могу указать на слѣдующіе:

1) «*Wounds in relation to the instruments whilh produce them*». (О ранахъ и зависимости ихъ отъ инструментовъ, производящихъ раны).

2) «*Ovariotomy performed and treated antiseptically*» [Оваріотоміи, произведенныя и излеченныя противогнилостно [1])].

3) «*Pathological and Clinical observations an some cases of fracture of skull nd lesion of brain*» [Анатомо-патологическія и клиническія наблюденія надъ нѣсколькими случаями переломовъ черепа и поврежденія мозга [2])].

4) «*Antiseptic osteotomy for genu valgum*» (О безгнилостномъ способѣ остеотоміи при genu valgum). 1878.

5) «*Clinical observations on the introduction of tube into the trachea through the mouth instead of performing tracheotomy or laryngotomy*» [Клиническія наблюденія надъ введеніемъ трубки въ дыхательное горло чрезъ ротъ вмѣсто операцій tracheotomia или laryngotomia [3]]).

6) «*Osteotomy with an inquiry into the aetiology and pathology of knock knee, bow legs and other osseous deformities of the lower limbs*» (Объ остеотоміи съ указаніемъ этіологіи и натологіи искривленій колѣна, голени и другихъ частей скелета нижнихъ конечностей). 1880.—Эта книга выдержала въ Англіи нѣсколько изданій и переведена на многіе иностранные языки (французскій, нѣмецкій, румынскій); у насъ она въ 1882 году вышла въ переводѣ съ нѣмецкаго языка подъ редакціею д-ра В. Н. Попова. Замѣтимъ, мимоходомъ, что, по поводу этого русскаго изданія, д-ръ А. В. Якобсонъ вполнѣ справедливо замѣтилъ [4]), что переводъ съ перевода нерѣдко вноситъ въ книгу мысли, совершенно чуждыя автору; но промахи въ анатомо-патологической (точнѣе микроскопической) части этого труда Мэкъ-Юэна, на

---

[1]) См. «Glasgow Med. Journal», 1874.

[2]) См. «Edinburgh Month. Med. Journal», 1875

[3]) См. «British Med. Journal», 1880.

[4]) См. «Медицинскій Вѣстникъ» 1882 г., стр. 429.—Считаю умѣстнымъ заявить, что фамилія Mac-Ewen въ этой рецензіи названа Макъ-Ивенъ; это ошибочное произношеніе шотландской фамиліи—Мэкъ-Юэнъ

которые указываетъ рецензентъ—д-ръ Якобсонъ, находятся и въ оригиналѣ. Дѣйствительно, странно читать, что кровяной сгустокъ въ теченіи 8—10 дней *организируется* въ эпителіальную ткань. Но, справедливость требуетъ замѣтить, что Мэкъ-Юэнъ говоритъ о *грануляціонной ткани*, которая подъ вліяніемъ антисептической повязки всасываетъ кровяной сгустокъ и сама покрывается эпителіальнымъ слоемъ клѣтокъ.

7) «*Observations concerning transplantation of bone*» (Наблюденія надъ пересадкою кости). 1881.

8) «*On the immediate treatment*» (О непосредственномъ заживленіи ранъ). 1881.

9) «*Chromic gut and chicken-bone drenage*» (О хромовой кишечной нити и цыплячьихъ дренажахъ). 1881.

10) «*Observations touchant la transplantation osseuse*» [Наблюденія надъ пересадкою кости [1]], на французскомъ языкѣ.

11) «*Transverse fracture of patella*» [О поперечныхъ переломахъ надколѣнника [2]].

12) «*Pathology and treatment of talipes varus*» [Патологія и терапія pes varus [3]].

13) «*On the radical cure of oblique inguinal hernia by internal abdominal peritoneal pad and the restoration of the valved form of the inguinal canal*» [О радикальномъ леченіи косвенной паховой грыжи посредствомъ брюшинной затычки и образованія створки въ паховомъ каналѣ [4]].

14) «*Cases illustrative of Cerebral Surgery*» [Случаи мозговой хирургіи [5]].

15) «*On cerebral abscess due to otitis media*» [О мозговомъ гнойникѣ, послѣдовавшемъ при воспаленіи средняго уха [6]].

16) «*Address on the surgery of the brain and spinal cord*» [Трактатъ о хирургіи головнаго и спиннаго мозга [7]]. Это—рѣчь, читанная

---

[1]) См. «Revue de Chirurgie» 1882, стр. 1—16.

[2]) См. «The Lancet» 1883, т. II, Now. 17.

[3]) См. «British Medic. Journ.» 1885, т. I, стр. 566.

[4]) См. «British Medic. Journ.» 1887, т. II, стр. 1263.

[5]) См. «The Lancet» 1885, т. I, стр. 881.

[6]) См. «The Lancet» 1887, т. I, стр. 616.

[7]) См. «The Lancet» 1888, т. II, стр. 254 и «British Medic. Journal» 1888, т. II, стр. 802.

на годовомъ митингѣ «Британскаго Медицинскаго Общества», состоявшемся 9/viii, 1888 въ Глазгоо.

Изъ этого длиннаго перечня литературныхъ трудовъ Мэкъ-Юэна видно, что авторъ работалъ преимущественно по терапіи костной системы и по вопросу о мозговой хирургіи. Сущность его трудовъ составляютъ клиническія наблюденія весьма тщательно анализированныя, а заключенія свои онъ подкрѣпляетъ немалочисленными фактами, собранными на практическомъ поприщѣ госпитальнаго хирурга.

Литературные источники.

1) *Ninetieth annual Report of the «Glasgow Royal Infirmary»*. 1884.

2) *Tenth annual report of the «Western Infirmary of Glasgow»*. 1884.

3) *Reports of the «Royal Infirmary of Edinburgh» from October 1883 to October 1884.*

4) William Mac-Ewen. *Osteotomy with an inquiry into the aetiology and pathology of knock knee, bow legs and other osseous deformities of the lower limbs.* 1880.

5) William Mac-Ewen. *Case of localised encephalitis and leptomeningitis* (см. «The Lancet» 1885, т. I, стр. 881).

6) Mac-Ewen. *Case of monoplegia of left arm and leg due to cortical lesion.* (см. «The Lancet» 1885, т. I, стр. 934).

7) Charcot et Pitres. *Contribution à l'étude des localisations dans l'ecorce des hemisphères du cerveau* (см. «Revue de médecine et chir.» 1877. Janvier).

8) William Mac-Ewen. *Observations touchant la transplantation osseuse* (см. «Revue de Chirurgie», 1882. Janvier).

9) Mac-Ewen. *Address on the surgery of the brain and spinal cord,* delivered before the British Medical Association (см. «The Lancet» 1888. т. II, стр. 254).

10) *The Medical Directory for 1887 year.*

ГЛАВА XXII.

Глазговскій университетъ. — «Western Infirmary». — Параллель между Эдинбургомъ и Глазгоо.—Новое зданіе университета въ Глазгоо.—Составъ медицинскаго факультета при университетѣ. — *«Факультетъ Медиковъ и Хирурговъ въ Глазгоо»*, какъ отдѣльное учрежденіе. — Темныя стороны врачебнаго строя Великобританіи. - Клиническій институтъ — *«Western Infirmary»*—въ Глазгоо.- Хирургическое отдѣленіе проф. Мэкъ-Лоуда.— Нѣсколько оперативныхъ случаевъ изъ этой клиники, съ указаніемъ теченія ранъ. — Погрѣшности въ антисептикѣ проф. Мэкъ-Лоуда. — *Synovitis serosa genu; cauterium actuale.*—Способъ хлороформированія больныхъ помощью особеннаго снаряда по Бійтсону. — Воззрѣнія проф. Мэкъ-Лоуда на успѣхи современной хирургіи.—Историческое развитіе антисептики, по Мэкъ-Лоуду. — Сравнительная оцѣнка Мэкъ-Лоуда типическихъ способовъ ампутацій вообще и Пироговской - въ частности.— Воззрѣніе его на промежностное камнесѣченіе. — Критическій разборъ воззрѣній Мэкъ-Лоуда. Перечень литературныхъ трудовъ проф. Мэкъ-Лоуда.- Литературные источники.

Параллель между Эдинбургомъ и Глазгоо.

Глазговскій университетъ основанъ въ 1450 г., слѣдовательно, почти на полтораста лѣтъ раньше Эдинбургскаго (1584); тѣмъ не менѣе, первый не пользуется такою славою, какъ послѣдній. Шумная, торгово-фабричная жизнь города Глазгоо не такъ располагаетъ къ мирнымъ научнымъ занятіямъ, какъ уютная и покойная столица Шотландіи—Эдинбургъ. Поэтому въ Глазговскомъ университетѣ число студентовъ значительно меньше, нежели въ Эдинбургскомъ: когда въ 1883 г. на медицинскомъ факультетѣ послѣдняго числилось однихъ студентовъ-медиковъ 1732, тогда въ Глазговскомъ университетѣ было всего 694 студента на медицинскомъ факультетѣ, слѣдовательно, почти втрое меньше. Да вообще Глазговская молодежь, желающая серьезно предаваться наукамъ, предпочитаетъ на время своего студенчества поселиться въ Эдинбургѣ.

Однакоже, богатый городъ Глазгоо конкуруруетъ съ Эдинбургомъ относительно внутренняго устройства учебныхъ пособій университета; т. е., музеи, лабораторіи, клиники, библіотеки и т. п. въ Глазгоо поражаютъ своими роскошными зданіями.

Новое зданіе университета въ Глазгоо.

Такъ, напримѣръ, площадь новаго зданія университета, воздвигнутаго въ 1870 году, занимаетъ пространство почти въ 6 экровъ (2 десятины); само зданіе, образующее собою правильный прямоугольникъ, имѣетъ 534 фута въ длину и 295 футовъ въ ширину; помѣщенія въ немъ заключаютъ 5.500,000 куб. футовъ. Это грандіозное зданіе, построенное на высокомъ холмѣ, окруженномъ богатѣйшимъ паркомъ, садами и прудами, своими высокими готическими башнями величаво царитъ надъ всѣмъ городомъ. Не смотря на то, что зданіе университета находится на западной окраинѣ вдали отъ центра, съ какого-бы ни было мѣста города можно видѣть этотъ величавый храмъ науки.— Трудно себѣ представивь что-либо болѣе живописнаго въ архитектурномъ и топографическомъ отношеніи; сооруженіе это построено въ древне-англійскомъ стилѣ и напоминаетъ собою дворецъ англійскаго парламента въ Лондонѣ, но широкія поляны, утопающія въ роскошнѣйшей зелени, и свободный просторъ вокругъ зданія придаютъ Глазговскому университету несравненно больше грандіозности, нежели дворецъ Лондонскаго парламента.

Въ самомъ зданіи университета для каждаго профессора имѣются отдѣльные не только аудиторія, кабинетъ, но и квартира. Тутъ-же на западной сторонѣ университетскаго зданія собственно, расположенъ длинный рядъ каменныхъ павильоновъ, составляющихъ университетскія клиники. Постройка одного лишь зданія клиникъ обошлась около 1.000,000 руб.—Эта больница, называемая «The Western Infirmary», какъ по наружному виду, такъ и по внутреннему расположенію больничныхъ палатъ, походитъ на вышеописанную мною «Королевскую больницу въ Эдинбургѣ» (см. рис. 70), только въ Глазговскихъ клиникахъ излишняя роскошь, какъ картины въ золоченыхъ рамахъ, обои на стѣнахъ, бархатные ковры, богатыя гардины на дверяхъ и окнахъ поражаютъ каждаго врача, сознающаго весь вредъ такого больничнаго убранства.

Составъ медицинскаго факультета при университетѣ.

Медицинскій факультетъ Глазговскаго университета, какъ и прочіе медицинскіе факультеты Шотландіи, имѣетъ весьма ограниченное число кафедръ; таковыхъ всего 10, именно: 1) анатоміи — проф. Клэндъ (Cleland); 2) химіи—проф. Ферьюссонъ (Fergusson); 3) зо-

ологіи — проф. Іэнгъ (Joung); 4) физіологіи — проф. Кендрикъ (Kendrick); 5) фармакологіи—проф. Чэртрейзъ (Charteries); 6) общей патологіи—проф. Гэрднеръ (Gairdner); 7) клиники внутренней медицины — проф. Коль-Андерсонъ (Call-Anderson); 8) акушерства—проф. Лейшмэнъ (Leishman); 9) общей хирургіи и оперативной хирургіи—проф. Мэкъ-Лоудъ (Mac-Leod) и 10) хирургической клиники—проф. Бьюкананъ. Кромѣ того, при медицинскомъ факультетѣ состятъ еще 4 лектора: по офтальмологіи, психіатріи, судебной медицинѣ и ботаникѣ.

Права Глазговскаго университета такія-же, какъ Эдинбургскаго университета, указанныя мною выше (см. главу XVIII); медицинскій факультетъ утверждаетъ въ трехъ ученыхъ степеняхъ: бакалавра по медицинѣ (M. B.), магистра хирурга (M. C.) и доктора медицины (M. D.). Вообще же общій строй медицинскаго образованія въ описываемомъ университетѣ мало отличается отъ таковаго Эдинбургскаго университета; тѣмъ не менѣе, Глазговскій университетъ во многомъ уступаетъ послѣднему какъ по своимъ научнымъ силамъ, такъ и по традиціямъ университетскаго образованія; вотъ почему ученое званіе Глазговскаго университета далеко не пользуется тѣмъ уваженіемъ и довѣріемъ общества, какъ ученое званіе Эдинбургскаго университета.

«Факультетъ Медиковъ и Хирурговъ» въ Глазгоо.

Вслѣдствіе этого молодые врачи, окончившіе курсъ наукъ въ Глазговскомъ университетѣ, добиваются еще званія члена ученаго Общества, назыв. «*Faculty of physicians and surgeons of Glasgow*». Это Общество медиковъ и хирурговъ пользуется одинаковыми правами съ Королевскими Коллегіями медиковъ или хирурговъ въ Лондонѣ, т. е., оно подвергаетъ кандидатовъ особеннымъ испытаніямъ по спеціальнымъ предметамъ, прежде чѣмъ удостоиваетъ врача или доктора медицины званія члена «*Факультета Медиковъ и Хирурговъ въ Глазгоо*» (F. F. P. S. G.). Однакоже, не слѣдуетъ смѣшивать только-что названное врачебное Общество, носящее также званіе «Факультета», съ медицинскимъ факультетомъ Глазговскаго университета.

Я останавливаю вниманіе читателя на этихъ особенностяхъ врачебнаго образованія въ Шотландіи съ тою цѣлью, чтобы еще разъ подтвердить вышесказанное относительно громадныхъ денежныхъ затратъ, потребныхъ для каждаго человѣка, посвящающаго себя изученію медицины. Другими словами, — получать высшее медицинское образованіе, какъ въ Англіи, такъ и въ Шотландіи, могутъ только люди съ большими средствами; такой modus vivendi имѣетъ и хорошія и дурныя

стороны. Хорошъ этотъ обычай тѣмъ, что шотландскіе студенты, какъ люди зажиточные, имѣютъ возможность всецѣло предаться научнымъ занятіямъ и, по окончаніи курса подготовительныхъ наукъ медицины, посвятить еще нѣсколько лѣтъ для дальнѣйшаго усовершенствованія въ спеціальныхъ отрасляхъ врачебнаго искусства, мѣсто изученія которыхъ составляютъ различныя коллегіи хирурговъ или медиковъ.

Темныя стороны врачебнаго строя.

Дурная сторона этого обычая заключается въ томъ, что дороговизна медицинскаго образованія влечетъ за собой монополію этой профессіи исключительно въ рукахъ богатыхъ людей; вслѣдствіе этого, съ одной стороны, врачебная помощь вообще въ Англіи оплачивается очень высоко и, стало быть, врачеваніе становится занятіемъ весьма прибыльнымъ; вотъ почему, съ другой стороны, многіе посвящаютъ себя медицинѣ далеко не по призванію, а съ исключительною цѣлью — сдѣлать выгодную карьеру. Трудно, я думаю, указать какой нибудь городъ на континентѣ Европы, въ которомъ врачи заработываютъ такія громадныя суммы денегъ, какъ это встрѣчается очень часто въ Лондонѣ, Бирмингемѣ, Глазгоо и другихъ промышленныхъ городахъ Англіи и Шотландіи. Тамъ, гдѣ врачебное занятіе составляетъ источникъ богатства, научныя стремленія врачей отодвигаются на задній планъ; людямъ, искренно преданнымъ наукѣ, трудно конкурировать съ монополистами врачебной практики. Поэтому, здѣсь весьма солиднымъ и талантливымъ врачамъ нерѣдко приходится оставаться въ тѣни, въ неизвѣстности лишь потому, что они не обладаютъ достаточными денежными средствами, чтобы обратить на себя вниманіе публики и богатыхъ товарищей своихъ по профессіи.

Читая біографіи Джона Гентера, Чарльса Бэля и другихъ талантливыхъ врачей Англіи и Шотландіи, видно, какъ много энергіи, желѣзной воли и самоотверженности требовалось со стороны этихъ подвижниковъ науки, чтобы оставаться при своихъ традиціяхъ и не быть побѣжденнымъ въ борьбѣ съ окружающими обстоятельствами, растлѣвающими нравственность врачебнаго сословія. — Англія, какъ страна строго консервативная, по-нынѣ сохранила эти темныя стороны врачебнаго строя; борьба между аптекарями-практиками и врачами ведется съ ожесточеніемъ и солидныя научныя силы, какъ «Британское Медицинское Общество», имѣющее въ своихъ рукахъ одинъ изъ самыхъ распространенныхъ медицинскихъ органовъ — «The British Medical Journal» — не могутъ побудить общество и правительство установить въ Соединенномъ Королевствѣ Англіи такія законоположенія, которыя

дали бы возможность обучаться научной медицинѣ всякому призванному къ этой профессіи, а не только богатымъ людямъ исключительно.

Я коснулся мимоходомъ этого вопроса здѣсь именно потому, что въ Глазгоо вообще, а на медицинскомъ факультетѣ описываемаго университета въ особенности, рѣдко встрѣчаются дѣятели вполнѣ достойные званія «жрецовъ науки»; здѣсь представители медицинскихъ кафедръ суть преимущественно практики, пользующіеся репутаціей ловкаго оператора, счастливаго терапевта, удачнаго акушера или, просто, люди, умѣющіе принаравливаться къ требованіямъ толпы. Вотъ почему выдающіеся своими способностями врачи, какъ Уильямъ Гёнтеръ, Джозефъ Листеръ и другіе, при первой возможности, стремятся оставить Глазгоо и перенести свою дѣятельность въ Эдинбургъ.

Въ виду только-что сказаннаго, я ограничусь описаніемъ клиническаго института «Western Infirmary» — приведеніемъ нѣсколькихъ наблюденій изъ хирургической клиники проф. Мэкъ-Лоуда и, въ заключеніе, познакомлю читателя съ богатымъ анатомическомъ музеемъ, такъ назыв. *Hunterian*.

Клиническій институтъ— «Western Infirmary».

Клиническій институтъ — «Western Infirmary» — имѣетъ въ своемъ распоряженіи всего 380 больничныхъ коекъ, изъ нихъ 180 отведены подъ хирургическія отдѣленія, находящіяся въ вѣденіи двухъ профессоровъ—Мэкъ-Лоуда и Бьюканана. Во время моего краткаго пребыванія въ Глазгоо (VIII, 1885) я имѣлъ только возможность познакомиться съ клиникой проф. Мэкъ-Лоуда. Она состоитъ изъ четырехъ большихъ палатныхъ залъ по 18 и 14 коекъ въ каждой и нѣсколько малыхъ комнатъ по двѣ койки въ каждой, предназначенныхъ для свѣже-оперированныхъ случаевъ. По внутреннему устройству, расположенію кроватей и оконъ, эти больничныя залы вполнѣ походятъ на палаты Эдинбургской клиники проф. Чійне (см. рис. 73); но здѣсь, мнѣ показалось, что на каждую койку приходится еще больше пространства и свѣта: вышина палаты 15 ф., длина 78 ф., ширина 26 футовъ; слѣдовательно, въ каждой большой палатѣ 30,420 куб. футовъ воздуха на 14—18 коекъ, что составитъ болѣе 2000 куб. фут. на каждую койку. Высокія окна по обѣимъ сторонамъ палаты даютъ обиліе свѣта. Больничныя койки убраны весьма изящно; да вообще роскоши въ этихъ залахъ, какъ я уже сказалъ выше, слишкомъ много. Въ женскомъ отдѣленіи клиники Мэкъ-Лоуда помѣщаются и боль-

ныя дѣти; но, что странно было видѣть въ такой богатой больницѣ, какъ «Western Infirmary», это — двухъ дѣтей на одной койкѣ.

Клиническій матеріалъ отдѣленія Мэкъ-Лоуда не отличается разнообразіемъ; здѣсь помѣщается много золотушныхъ дѣтей съ гноящимися язвами на шеѣ, съ туберкулезнымъ пораженіемъ костей и сочлененій, съ холодными затечными гнойниками и т. п. Во всемъ отдѣленіи я видѣлъ всего два—три случая остраго травматическаго поврежденія.

Клиника проф. Мэкъ-Лоуда.

Замѣтимъ, между прочимъ, что въ отчетѣ [1]) «Western Infirmary of Glasgow» за 1883—1884 годъ приводится — на 5,636 хирургическихъ больныхъ — всего 722 случая острыхъ заболѣваній (for accidents), — отношеніе далеко не пропорціональное въ сравненіи съ контингентомъ больныхъ Глазговской «Королевской больницы» (см. главу XXI).

Проф. Мэкъ-Лоудъ - сторонникъ типической Листеровской повязки: spray употребляется постоянно, даже при смѣнѣ повязокъ, въ составъ которыхъ входятъ protective silk и makintosh; тѣмъ не менѣе, я видѣлъ здѣсь очень много ранъ съ обильнымъ недоброкачественнымъ нагноеніемъ; повязки, хотя-не-хотя, мѣняются слишкомъ часто — чуть ли не каждые 2—3 дня.

Изъ оперативныхъ случаевъ я видѣлъ здѣсь слѣдующіе:

Нѣсколько оперативныхъ случаевъ.

1) *Excisio patellae* вслѣдствіе раздробленія надколѣнной чашки; состояніе больнаго удовлетворительно.

2) *Amputatio brachii* у молодой женщины, страдавшей туберкулознымъ пораженіемъ локтеваго сустава. Оперированная, видимо, лихорадитъ; t°=104 (Ф.) = 40° (Ц.), кашляетъ; повязка мѣняется уже третій разъ послѣ операціи, предпринятой 4 дня тому назадъ.

3) *Amputatio cruris,* по способу Ру, у молодаго человѣка; операція сдѣлана вслѣдствіе травматическаго поврежденія; рана протекала вполнѣ удовлетворительно.

4) *Amputatio cruris* у женщины, давно оперированной. Ампутаціонная культя представляется коническою, рубецъ изъязвленъ и гноится нужно ожидать омертвѣнія кости. Согласно указаніямъ ординатора, я считаю нужнымъ замѣтить, что эта ампутація не была сдѣлана въ клиникѣ Мэкъ-Лоуда; больная поступила уже съ этою безобразно-произведенною культею.

---

[1]) Henry Johnston. *Tenth annuary report of the «Western Infirmary» of Glasgow.* 1884, стр. 3.

5) *Exarticulatio pedis* по способу Сайма; теченіе раны обѣщаетъ успѣшный исходъ.

6) *Resectio artic. cubiti* у семилѣтней дѣвочки. По моему мнѣнію, этотъ оперированный ребенокъ былъ чахоточный и операція мало обѣщала успѣха: мелкія кости ручной кисти представлялись также пораженными костоѣдою; пальцы были веретенообразно вздуты въ сочлененіяхъ фалангъ (spina ventosa), общее питаніе плохое; резекціонная рана гноилась.—Невольно рождается вопросъ—умѣстна ли при такихъ условіяхъ сочленовная резекція?

7) *Lithotomia (sectio lateralis)* у 14-лѣтняго мальчика, оперированнаго 1/VIII, 1885, т. е., пять дней тому назадъ; t° у больнаго выше нормы; рана на промежности покрыта сѣроватымъ налетомъ и гноится, она не перевязывается; подъ раною подкладывалась обыкновенная грецкая губка, которая разила амміачнымъ запахомъ мочи. Языкъ у оперированнаго сухъ, аппетитъ плохой.

Кромѣ перечисленныхъ оперированныхъ больныхъ, я видѣлъ здѣсь нѣсколько случаевъ coxitidis у дѣтей, которые лечились вытяженіемъ; одинъ случай fibromioma uteri, который проф. Мэкъ-Лоудъ собирался оперировать, и нѣсколько случаевъ fistulae vesico-vaginalis.

Погрѣшности въ антисептикѣ проф. Мэкъ Лоуда.

Общее впечатлѣніе, вынесенное мною изъ этой роскошной университетской клиники, позволяетъ мнѣ замѣтить, что проф. Мэкъ-Лоудъ въ своемъ отдѣленіи, хотя и употребляетъ Листеровскій перевязочный матеріалъ, но далеко не проводитъ Листеровскихъ указаній относительно обеззараживанія ранъ. Такъ, напримѣръ, на свѣжія операціонныя раны Мэкъ-Лоудъ накладываетъ слишкомъ большіе куски шелковой тафты, которые препятствуютъ отдѣленію раны и, такимъ образомъ, способствуютъ скопленію и разложенію жидкостей надъ раною. Выше я уже говорилъ, что еще въ 1883 — 1884 гг. самъ Листеръ и его ученикъ Уатсонъ-Чейне неоднократно указывали на необходимость уменьшить куски protective silk до возможнаго minimum; слѣпые же подражатели идеи Листера весьма часто теряютъ изъ виду это немаловажное обстоятельство. Далѣе, въ клиникѣ Мэкъ-Лоуда свѣжія раны не закрываются герметически, какъ это дѣлаютъ Листеръ, Мэкъ Кормакъ, Чійне и другіе хирурги этой школы; здѣсь ассистенты довольствовались тѣмъ, что поверхъ protective накладываютъ нѣсколько слоевъ карболизованной марли, кусокъ мэкентоша и забинтовываютъ повязку сухимъ мягкимъ бинтомъ изъ марли. При такомъ способѣ перевязки доступъ воздуха къ ранѣ представляется

вполнѣ свободнымъ. Вообще же говоря, въ этой клиникѣ хирурги слишкомъ надѣются на химическія свойства перевязочнаго матеріала и весьма мало обращаютъ вниманія на другія требованія антисептики, отъ которыхъ успѣхъ операцій зависитъ больше, нежели отъ первыхъ.

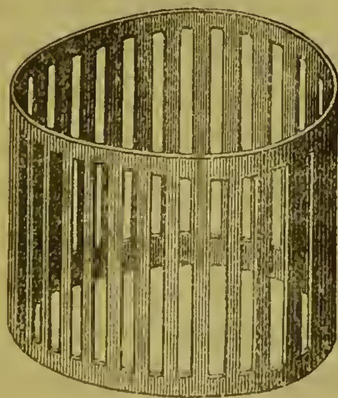
Такъ, напримѣръ, я видѣлъ въ палатахъ клиники Мэкъ-Лоуда свѣже-оперированныхъ лежащими рядомъ съ другими больными, у которыхъ гноящіяся раны или мочевые затеки насыщали атмосферу промозглымъ запахомъ гнили.—Неудивительно, что такое близкое сосѣдство очаговъ гнилостныхъ бактерій со свѣжими ранами дѣлало самую типическую повязку Листера безсильною противъ возбудителей нагноенія.

Во время моего посѣщенія Western Infirmary въ Глазгоо, я лично познакомился съ ассистентомъ клиники, д-ромъ Бійтсономъ (George Beatson M. D. Edinb.), который весьма любезно показывалъ мнѣ все, что достойно было вниманія въ клиникѣ проф. Мэкъ-Лоуда; послѣдняго тогда не было въ городѣ. Д-ръ Бійтсонъ предложилъ мнѣ познакомиться съ его способомъ хлороформированія и для этой цѣли онъ избралъ больную женщину, которой, по его мнѣнію, слѣдовало сдѣлать прижиганіе колѣна каленымъ желѣзомъ.

Наблюденіе LIX. Synovitis serosa genu. Cauterium actuale. Больная страдала острымъ воспаленіемъ колѣннаго сочлененія, сопровождавшимся чрезвычайною болѣзненностью.—Хлороформировали эту больную посредствомъ весьма простаго снаряда, достойнаго вниманія врачей-хирурговъ. Снарядъ этотъ состоитъ изъ стальнаго полаго ци-

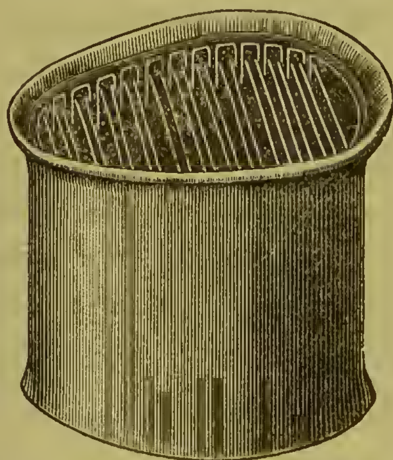
Способъ хлороформированія больныхъ помощію снаряда Бійтсона.

Рис.



Остовъ снаряда Бійтсона для хлороформированія.

Рис. 80.



Тотъ-же снарядъ съ протянутыми перегородками фланели и покрытый резиновой муфтой.

линдра (см. рис. 79) овальной формы, вышиною въ 4, а шириною въ 3 дюйма; боковыя стороны цилиндра изрѣзаны широкими щелями такъ, что онъ представляетъ собою параллельно идущія перегородки; чрезъ эти-то перегородки протягивается широкій (въ 5 поперечныхъ пальцевъ) фланелевый бинтъ, начало и конецъ котораго пришиваются къ первой и послѣдней перегородкамъ. Такимъ образомъ полость цилиндра выполняется продольными пластинками фланели (на подобіе щетки), отдѣленными другъ отъ друга слоемъ воздуха (см. рис. 80). Наливъ на фланель опредѣленное количество обыкновеннаго хлороформа, весь цилиндръ вкладывается въ резиновую муфту. Теперь аппаратъ готовъ для наркотизированія; для этого онъ открытымъ концомъ приставляется къ лицу больнаго; отъ сильной тяги воздуха внутри полости цилиндра хлороформъ быстро испаряется и смѣшивается съ воздухомъ. Благодаря этому, наркотизирующійся дѣлаетъ глубокія вдыханія и въ теченіи 2—3 минутъ засыпаетъ. Для того, чтобы не обжигать лица больнаго хлороформомъ, утолщенный край гутаперчевой муфты опускается ниже уровня цилиндра на нѣсколько сантиметровъ; тогда резиновая ткань можетъ быть плотно приложена къ мягкимъ частямъ лица вокругъ рта и носа и наркозъ наступаетъ весьма быстро.—Д-ръ Бійтсонъ [1]), который употребляетъ этотъ снарядъ въ теченіи многихъ лѣтъ и примѣнялъ его уже нѣсколько сотенъ разъ, утверждаетъ, что преимущество этого *ингалятора* (Inhaler) заключается въ быстротѣ наступающей анэстезіи, при относительно маломъ количествѣ хлороформа.

Этотъ весьма простой и удобный снарядъ для хлороформированія употребляетъ также Эдинбургскій проф. Дж. Чійне.

Когда больная уснула, д-ръ Бійтсонъ раскаленнымъ желѣзомъ (моксъ) провелъ по сторонамъ надколѣнника (patella) двѣ неглубокія борозды, давшія весьма поверхностный струпъ; затѣмъ онъ смочилъ толстый компрессъ въ растворѣ карболовой кислоты и, покрывъ имъ оперированное колѣно, забинтовалъ послѣднее марлевымъ бинтомъ.

Я позволилъ себѣ упомянуть объ этомъ случаѣ лишь потому, чтобы примѣромъ показать, какія несовременныя средства леченія примѣняются въ хирургической клиникѣ проф. Мэкъ-Лоуда. Замѣтимъ, во-первыхъ, что при остромъ воспаленіи колѣна (synovitis serosa acuta)

---

[1]) G. Beatson. *On the administration of chloroform* (см. «Glasgow Medical journal» 1885, January).

прижиганіе вообще на-врядъ-ли раціонально; а во-вторыхъ, если ужь примѣнять отвлекающій способъ леченія, то аппаратъ Пакелэна, при помощи котораго можно нанести нѣсколько десятковъ уколовъ въ окружности всего сочлененія, несомнѣнно заслуживаетъ предпочтеніе предъ старыми моксами.

Воззрѣнія профессора Мэкъ-Лоуда на успѣхи современной хирургіи.

Приведенные примѣры изъ клиники Мэкъ-Лоуда, конечно, далеко не достаточны для безпристрастной оцѣнки дѣятельности этого представителя Глазговской школы хирургіи. Но съ цѣлью дополненія предлагаемаго очерка, я попытаюсь познакомить своихъ читателей съ воззрѣніями Мэкъ-Лоуда на успѣхи современной хирургіи по рѣчи, читанной имъ въ прошломъ 1888 г. на съѣздѣ «Британскаго Медицинскаго Общества» въ Глазгоо. Ораторъ, состоя въ должности лейбъ-хирурга Шотландской Королевы Викторіи, выступилъ предъ названнымъ Обществомъ врачей съ докладомъ—*«объ успѣхахъ хирургіи въ теченіи послѣдняго полустолѣтія»* [1])—періода, совпадающаго съ полувѣковымъ царствованіемъ королевы Викторіи (съ 1837 по 1887 гг.).

Въ этой весьма пространной рѣчи проф. Мэкъ-Лоудъ касается почти всѣхъ болѣе выдающихся вопросовъ какъ клинической, такъ и оперативной хирургіи, причемъ онъ каждому вопросу предпосылаетъ краткій историческій очеркъ того, что было сдѣлано хирургами другихъ государствъ Европы по тому или другому усовершенствованію хирургіи.—Въ этихъ краткихъ очеркахъ развитія современной хирургіи заслуги такихъ англійскихъ дѣятелей, какъ: Д. Гёнтеръ, Э. Куперъ, Саймъ, Чарльсъ Бэль, Листонъ, Ферьюссонъ, Листеръ и друг., сопоставлены рядомъ съ заслугами иностранныхъ хирурговъ: Дюпюитрена, Пти, Дезо, Вельпо, Нелятона, Лангенбска, Эсмарха, Пастёра и друг.

Нужно отдать справедливость автору въ томъ, что онъ съ исторіею хирургіи текущаго столѣтія обстоятельно знакомъ; сообщаемые имъ факты исторически вѣрны; характеристика дѣятельности французскихъ хирурговъ сдѣлана безпристрастно, и если изъ устъ оратора аудиторія врачей услышала, что Дюпюитренъ и Нелятонъ во Франціи были собственно учениками-послѣдователями Джона Гёнтера и Эстлея Купера, то и въ этомъ заключеніи автора нѣтъ ничего обиднаго для французской хирургіи.

---

[1]) George Mac-Leod. *On the progress of surgery during the last half century* (См. «British Medical Journal» 1888, т. II, стр. 293).

Однакоже, при внимательномъ чтеніи этой рѣчи не трудно замѣтить, что то тутъ, то тамъ проглядываетъ шовинистская черта автора, преувеличивающаго достоинства своихъ земляковъ и умаляющаго заслуги другихъ дѣятелей того же періода. Будучи самъ уроженцемъ города Глазгоо, онъ всячески стремится поставить Глазговскій университетъ на высокій пьедесталъ, называя его «дочерью» Болонскаго университета и возлагая на него незаслуженно лавры научной славы. Такъ, напримѣръ, Мэкъ-Лоудъ говоритъ: *«мы не можемъ забыть, «что безсмертный* Гёнтеръ (онъ подразумѣваетъ Джопа) *воспи-«тывался въ Глазгоо»* [1]). А изъ біографіи Д. Гёнтера (см. главу XVI) намъ подлинно извѣстно, что въ Глазгоо онъ учился только ремеслу у одного рѣзчика по дереву (cabinet-maker); ни въ какомъ учебномъ заведеніи города Глазгоо Гёнтеръ не воспитывался и тридцати слишкомъ лѣтъ отъ роду (въ 1751 г.) онъ началъ обучаться медицинѣ въ Лондонскомъ «St. Bartholomew's колледжѣ» [2]). Равнымъ образомъ авторъ ставитъ въ заслугу своему родному городу плодотворную дѣятельность реформатора современной хирургіи—Дж. Листера, который якобы началъ свою апостольскую карьеру въ Глазгоо.—Но, на самомъ дѣлѣ, геніальныя мысли Листера зародились, развились и привились впервые въ Эдинбургѣ,—научная среда котораго дѣйствительно составляетъ плодородную ниву.

Я считаю излишнимъ останавливаться на болѣе или менѣе извѣстныхъ фактахъ, введеніемъ которыхъ въ практическую жизнь хирургія обязана англійскимъ дѣятелямъ, какъ это указываетъ Мэкъ-Лоудъ въ своей рѣчи относительно примѣненія лигатуръ на крупныхъ артеріяхъ (по Эбернетси, Куперу, Жибсону, Мотту и друг.) введенія эфира и хлороформа (изобрѣтенія Мортона и Джемса Симпсона) и т. п. Но нельзя не согласиться съ авторомъ, что *открытія, составлявшія эпоху* («epock-making» discoveries) *въ медицинѣ послѣдняго пятидесятилѣтія* (съ 1837—1687) *суть—анэстезія и антисептика.* Съ значеніемъ послѣдняго открытія въ хирургіи намъ интересно познакомиться по взглядамъ этого ветерана [3]) Шотландской школы хирургіи.

---

[1]) Въ подлинникѣ. «We cannot forget that the immortal Hunter were educated in Glasgow (см. «Brit. Med. Journal» 1888, т. II, стр. 293, 20 строка снизу).

[2]) См. Bettany. *Eminent Doctors; their lives and their works,* т. I, стр. 134.

[3]) Мэкъ-Лоудъ вполнѣ заслуживаетъ эпитетъ «ветерана», ибо онъ рабо-

Историческое развитіе антисептики, по Мэкъ-Лоуду.

«Еще съ 1837 года, говоритъ Мэкъ-Лоудъ, когда открытъ былъ «фактъ, что дрожжевые грибки способны вызвать броженіе (fermenta-«tio) врачи стали теоретически допускать существованіе такихъ болѣз-«ней, патологическія явленія которыхъ стоятъ въ прямой зависимости «отъ процесса броженія. Этотъ микро-біологическій фактъ и слѣдуетъ «считать началомъ современнаго ученія объ антисептикѣ».

«Практическое примѣненіе этого ученія подняло на неимовѣрную «высоту значеніе и пользу хирургическихъ дѣятелей, ибо результаты «антисептики не были-бы достигнуты безъ широкихъ познаній (with-«out wide knowledge) и усерднаго труда со стороны хирурговъ.—Со-«вершенное дренажированіе, полный покой, неусыпное вниманіе къ «гигіэническимъ и конституціональнымъ условіямъ, которыя поддер-«живаютъ общее питаніе больнаго и, такимъ образомъ, дѣлаютъ тка-«ни болѣе способными противустоять вліянію болѣзнетворныхъ аген-«товъ—суть главные элементы антисептической «системы» леченія «хирургическихъ больныхъ,—элементы, требующіе со стороны практи-«ческаго хирурга самой усердной заботливости.—Съ надежными про-«тивугнилостными веществами (это—суть дѣятели, разрушающіе сеп-«тическіе зародыши или, точнѣе, препятствующіе развитію послѣд-«нихъ, безъ всякаго вреда мѣстнымъ тканямъ или общему организму) «и при выполненіи строжайшихъ мѣръ, которыя никогда не должны «быть опущены [which must never flag [1])], операторъ можетъ почти «каждый органъ или полость человѣческаго тѣла вскрывать безнаказанно.

«Въ исторіи хирургіи», говоритъ Мэкъ-Лоудъ, «интересно прослѣ-«дить шагъ за шагомъ развитіе современнаго способа леченія ранъ и «сравнить успѣхи хирурговъ прошлаго столѣтія, которые, какъ слѣ-«пые, ощупью (the blind groping) старались открыть тайнаго врага, «похищавшаго ихъ лучшіе посѣвы, съ тѣми блестящими жатвами со-«временныхъ хирурговъ, которыя пожинаются теперь во всѣхъ клини-«кахъ. Гёнтеръ и многіе до него вполнѣ ясно сознавали вредъ ат-«мосферическаго воздуха, въ особенности госпитальнаго; поэтому-то «они и дѣлали попытки устранить воздухъ отъ раны или пропитывать «его различными газами и жидкостями. Въ военно-полевой практикѣ

таетъ на хирургическомъ поприщѣ съ 1853 г. и былъ современникомъ Н. И. Пирогова во время Крымской кампаніи (см. ниже, его краткое curriculum vitae).

[1]) Отъ слова до дѣла у автора—цѣлая пропасть!

«хирурги того времени, за неимѣніемъ чистой воды, обкладывали раны «легко разлагающимися припарками, мазями, бальзамами и т. п. фар-«мацевтическими медикаментами, которые постепенно ввелись и въ прак-«тику гражданской хирургіи.—Затѣмъ орошеніе раны или погруженіе «(1839) раненой конечности въ сосудъ съ водой послужило началомъ «введенія гидропатіи какъ въ хирургическую, такъ и въ терапевтическую практику. Далѣе, «глицериды» уступили мѣсто дезинфицирую-«щимъ средствамъ (іодъ, соли желѣза, чистый алкоголь и въ различ-«ной смѣси, хлористая известь, марганцевокислое кали и много дру-«гихъ), а послѣднія замѣнились углеродистыми смолами и ихъ произ-«водными. *Закупориваніе* (occlusio) раны посредствомъ коллодіума, «камеди, листоваго золота и *фильтрированіе* воздуха чрезъ вату и «т. п. *мѣры обеззараживанія* ранъ примѣнялись еще до 1860 г., «пока Лемэръ (Lemaire) и позднѣе Декла (Declat) не указали на «карболовую кислоту, какъ на превосходное противугнилостное сред-«ство, которымъ не замедлилъ воспользоваться Пастёръ при своихъ «изслѣдованіяхъ вопроса «о самозарожденіи».—Однакоже, независимо «отъ наблюденій Лемэра, обнародованныхъ въ 1863, Джозефъ «Листеръ нѣсколько лѣтъ позднѣе (1866—1867) самъ отыскалъ «это средство и, только благодаря его неутомимой настойчивости, глу-«бокому научному анализу и широкому философскому взгляду на пред-«метъ изслѣдованія, мы обязаны практическому введенію всего того, «что составляетъ «систему» антисептики, съ названіемъ которой всегда «будетъ неразрывно связано имя Листера».

Далѣе, Мэкъ-Лоудъ доказываетъ, что дренажированіе раны (Шассеньякъ), перевязываніе сосудовъ струнными нитями (Физикъ, Уардропъ, Куперъ), сшиваніе раны металлическою проволокою (Маріонъ Саймсъ) и т. п. техническія усовершенствованія, хотя и были извѣстны еще до Листеровскаго періода оперативной хирургіи, но они вошли въ составъ противугнилостной «системы», благодаря разъясненіямъ, указаннымъ Листеромъ.

И такъ, мы слышимъ изъ устъ этого ветерана хирургіи, что *главная заслуга* Листера *заключается въ созиданіи строгой «системы» мѣръ, обезпечивающихъ безгнилостное теченіе операціонныхъ ранъ.*—Признаться, этой-то строгой «системы» я въ клиникѣ Мэкъ-Лоуда не могъ замѣтить.

Далѣе, въ своемъ очеркѣ прогресса новѣйшей хирургіи Мэкъ-Лоудъ указываетъ на значеніе патологіи, физіологіи, химіи и даже эм-

бріологіи, какъ на важные факторы, способствующіе развитію практической хирургіи; но, главную роль въ ряду вспомогательныхъ предметовъ медицинскаго образованія онъ удѣляетъ госпитальной гигіэнѣ.

Переходя, затѣмъ, къ отдѣльнымъ вопросамъ оперативной хирургіи, онъ останавливается на усовершенствованіяхъ техники ампутацій членовъ, резекцій суставовъ и другихъ типическихъ операцій.—Я полагаю, что воззрѣнія такого ветерана-оператора на обиходные вопросы хирургіи могутъ представить нѣкоторый интересъ и для нашихъ юныхъ хирурговъ.

Сравнительная оцѣнка Мэкъ-Лоуда типическихъ способовъ ампутацій.

«Ампутаціи «*круговымъ сѣченіемъ*», примѣнявшимся почти исключительно до 1800 года, въ теченіи текущаго столѣтія уступили мѣсто «*лоскутному сѣченію*». Этотъ послѣдній способъ появился впервые «въ Шотландской школѣ хирурговъ и съ легкой руки Сайма и Листона онъ сдѣлался всенароднымъ еще пятьдесятъ лѣтъ тому назадъ. Чрезвычайная ловкость Листона (и его оперативные пріемы, «говорилъ Ферьюссонъ, въ сравненіи съ пріемами другихъ операторовъ, можно назвать сверканіемъ молніи), ампутировавшаго бедро при «помощи одного лишь ассистента, удерживавшаго ногу, одной рукой «сжимать сосуды и оттягивать лоскутъ въ то время, какъ другой разсѣкать мягкія части и перепиливать кость—эти пріемы Листона «по-нынѣ считаются традиціями Эдинбургской школы.—Четырехугольные лоскуты по способу Тиля [1]) (описавшаго его въ 1858) даютъ «превосходные результаты на нѣкоторыхъ частяхъ конечности».

«Кардена и Сайма ампутаціи даютъ, вѣроятно, лучшіе исходы «послѣ тѣхъ незначительныхъ усовершенствованій, которыя были введены въ практику въ различное время. Эти способы удовлетворяютъ «всѣмъ условіямъ хорошей ампутаціи, т. е., они даютъ достаточную «и здоровую покрышку, которая легко прилаживается и удерживается «на должномъ мѣстѣ культи; кровеносные сосуды, нервы и рубецъ не «подвергаются давленію; дренажная трубка дѣйствуетъ въ совершенствѣ при покойномъ положеніи конечности и все это достигается при «наименьшей потерѣ мягкихъ частей.—И нынѣ мы должны повторить «уже не разъ сказанное, что эта операція (вылущеніе всей стопы) «имѣетъ еще то преимущество, что къ Саймовской культѣ весьма удобно припаровить искусственную конечность, а новѣйшія усовершенствованія въ техникѣ заготовленія этихъ протезовъ побуждаютъ хи-

[1]) Teale—англійскій хирургъ.

«рурговъ измѣнить свои взгляды на тотъ или другой способъ опера-«ціи.—*Пироговская операція (1854) имѣетъ именно тотъ не-«достатокъ, что она оставляетъ слишкомъ длинную культю, «неудобную для приноравливанія хорошей ноги...* [1]). Преимуще-«ства остеопластическихъ ампутацій Пирогова и Гритти, по моему «(Мэкъ-Лоуда) мнѣнію, болѣе правдоподобны, чѣмъ дѣйствительны «(are more plausible than real)».

Выше, въ своихъ предшествующихъ очеркахъ клинической хирургіи англійскихъ школъ, я уже имѣлъ случай высказать взглядъ проф. Гисза на остеопластическую ампутацію Пирогова; здѣсь мы встрѣчаемъ мнѣніе діаметрально противуположное, т. е., что Пироговская ампутація стоитъ ниже Саймовской лишь потому, что она даетъ слишкомъ длинную культю, неудобную для ношенія протеза.—Какая странная логика у Мэкъ-Лоуда!—Вѣдь, ампутированные по Пирогову способны ходить безъ всякаго протеза, тогда какъ Саймовская культя не можетъ дать ампутированному естественной точки опоры. И почему именно нельзя придѣлать протеза къ болѣе длинной (но такой же формы) культи,— Глазговскій ветеранъ хирургіи не говоритъ.—А *что остеопластика есть преимущество лишь правдоподобное, а не дѣйствительное,* то такую игру словъ, я полагаю, можно услышать изъ устъ только такого хирурга, который никогда самъ не дѣлалъ ни одной остеопластической ампутаціи и не желалъ во-очію убѣдиться въ томъ, какъ часто правдоподобіе переходитъ въ дѣйствительность.

Интересно прослѣдить воззрѣнія Мэкъ-Лоуда и относительно другихъ частичныхъ ампутацій стопы.

«Прежде чѣмъ хирурги достойнымъ образомъ оцѣнили ампутацію «Сайма (что было ранѣе 1843 г.), они при поврежденіяхъ или «патологическихъ измѣненіяхъ стопы обыкновенно ампутировали го-«лень пониже колѣна, не смотря на то, что Лисфранкъ и Гэй «(1790) предлагали вылущивать часть стопы въ плюсно-таранномъ «сочлененіи (artic. tarso-metatarsea), а Шопаръ (въ 1787)—въ меж-«таранномъ сочлененіи (artic. intertarsea). Безчисленное множество «видоизмѣненій поперечныхъ ампутацій стопы, изобрѣтенныхъ въ раз-«личное время, теперь почти всѣ брошены и замѣняются ампутаціей «въ голено-стопномъ сочлененіи».

---

[1]) Въ подлинникѣ сказано такъ: «Thus in Pirogoff operation (1854) at the ancle, *the stump is too long for a good foot to be attached*» (см. l. c., стр. 296, лѣвый столбецъ, 37 строка сверху).

Стало быть, по мнѣнію Мэкъ-Лоуда, на протяженіи всей нижней половины нижней конечности современный операторъ долженъ, въ случаѣ надобности, усѣкать членъ по двумъ избраннымъ Мэкъ-Лоудомъ линіямъ: либо на уровнѣ лодыжекъ по Сайму, либо in loco electionis cruris пониже колѣна. Предоставляю читателю самому рѣшить — насколько такой взглядъ хирурга представляется отсталымъ, несогласнымъ ни съ консервативнымъ (сберегательнымъ) способомъ леченія англійскихъ хирурговъ вообще, ни съ современными воззрѣніями на функцію ампутаціонныхъ культей въ частности. Каждому изъ насъ ежедневно приходится убѣждаться въ слѣдующемъ неопровержимомъ фактѣ: чѣмъ длиннѣе рычагъ ампутированной конечности, тѣмъ легче, удобнѣе и совершеннѣе ходитъ ампутированный на искусственномъ протезѣ; а ампутированные in loco electionis cruris весьма часто вынуждены отказаться отъ искусственной ноги и предпочитаютъ носить простую деревяшку вслѣдствіе короткости рычага голени, недостаточнаго для свободнаго подъема тяжеловѣснаго снаряда.—Такія обыденныя истины ускользаютъ только отъ взора хирурговъ, ослѣпленныхъ шовинизмомъ, къ числу которыхъ намъ приходится причислить и проф. Мэкъ-Лоуда.

Меня, признаться, не мало удивляетъ, какъ этотъ ораторъ могъ съ трибуны высказывать предъ такимъ почтеннымъ ареопагомъ британскихъ двигателей науки, какъ «British Medical Association»—такіе отжившіе взгляды на современные вопросы хирургіи вообще. Такъ, напр., во всей безконечно длинной рѣчи Мэкъ-Лоуда, задача котораго, казалось-бы, заключалась въ рельефномъ обозначеніи выдающихся шаговъ современнаго прогресса англійской хирургіи, ни слова не сказано ни о хирургіи мозга, ни о почечномъ камнесѣченіи, ни о резекціи позвоночника и т. п. вопросахъ, которые дѣйствительно зародились въ Шотландіи и быстро нашли себѣ сочувствіе среди выдающихся дѣятелей клинической хирургіи не только Великобританіи, но и другихъ первоклассныхъ школъ Европы.

Воззрѣніе Мэкъ-Лоуда на промежностное камнесѣченіе.

Далѣе, касаясь вопроса о камнесѣченіи, Мэкъ-Лоудъ говоритъ: «Lithotomia достигла наивысшаго совершенства (perfection) ранѣе «1837 года въ рукахъ многихъ хирурговъ всѣхъ странъ, но нигдѣ бо«лѣе, нежели въ Шотландіи... Необходимо, продолжаетъ ораторъ, упо«мянуть здѣсь, что изъ всѣхъ способовъ камнесѣченія, примѣнявшихся «въ теченіи послѣдняго полустолѣтія, какъ-то: sectio mediana съ по«слѣдовательнымъ дробленіемъ или безъ онаго; sectio bilateralis; sectio

«mediobilateralis, широко (?) примѣняющееся во Франціи; sectio recto-«vesicalis—изъ всѣхъ этихъ пріемовъ заслуживаетъ предпочтеніе спо-«собъ Глазговскаго хирурга Эндрю Бьюканана (1848) — *metho-«dus rectangularis* (?), который здѣсь примѣняется преимущественно «и есть, по моему мнѣнію, самый простой, безопасный и наилучшій «изъ всѣхъ когда-либо придуманныхъ способовъ (the best method that «has ever been suggested). Единственный упрекъ, который можно бы-«ло-бы сдѣлать этому способу, это—затрудненіе ввести инструментъ; «но и этотъ недостатокъ былъ мною устраненъ незначительнымъ при-«способленіемъ, которое я указалъ «Британскому Медицинскому Обще-«ству» еще въ 1877 году.

Критическій разборъ воззрѣній Мэкъ-Лоуда.

Весьма вѣроятно, что многіе изъ русскихъ хирурговъ и не знаютъ этого восхваленнаго Мэкъ-Лоудомъ способа камнесѣченія. Онъ состоитъ въ томъ, что въ мочевой пузырь вводится согнутый подъ прямымъ угломъ зондъ (itinerarium), уголъ котораго упирается какъ разъ о верхушку предстательной желѣзы; по желобу этого зонда передвигается стрѣловидный стилетъ, посредствомъ котораго промежность прокалывается со стороны полости пузыря; послѣ такого прокола оператору ничего не остается какъ продлить разрѣзъ по желобу проводника.—Какъ видно, Бьюкананъ заимствовалъ стрѣловидный зондъ — *sondes à dard*—у брата Жака Кома, примѣнявшаго еще въ XVIII вѣкѣ такую же стрѣлу для прокалыванія пузыря при sectione suprapubica. По крайнему моему разумѣнію, предложеніе Фреръ Кома имѣетъ больше практическаго смысла, нежели то-же предложеніе Бьюканана: при высокомъ камнесѣченіи такой проколъ снутри кнаружи можетъ, при нѣкоторомъ приспособленіи инструмента, предохранить брюшину отъ раненія; но тотъ-же пріемъ при промежностномъ сѣченіи—совершенно неумѣстенъ, ибо брюшины на днѣ мочеваго пузыря нѣтъ, а прощупать введенный проводникъ сквозь покровы промежности—всегда можно; спрашивается, для чего добиваться прокола снутри кнаружи?—Но, вѣдь, такъ поступалъ Глазговецъ — стало быть, онъ, по мнѣнію Мэкъ-Лоуда, несомнѣнно лучшій изъ всѣхъ придуманныхъ когда-либо пріемовъ!

Вышеприведенные примѣры чрезмѣрнаго поклоненія Мэкъ-Лоуда предъ заслугами хирурговъ Глазговской школы медицины, далеко не гармонируютъ съ заключительными словами его ораторской рѣчи: «Международные конгрессы, на которые съѣзжаются врачи различныхъ «странъ для совмѣстнаго обмѣна опытовъ и наблюденій, доказываютъ

«*до какой степени наша наука космополитична;* къ намъ впол-«нѣ примѣнимы слова Скриптура: «*всегда учиться и—никогда* «*не дойти до полнаго сознанія истины*».—Подраздѣленіе нашей «науки на много отдѣловъ, учрежденіе лабораторій для систематиче-«скаго преподаванія, введеніе статистики—съ цѣлью обобщенія наблю-«деній—суть отличительныя черты современнаго медицинскаго обра-«зованія.—«But J must make an end»! [1]) Dixi!

Быть можетъ, нѣкоторые изъ читателей посѣтуютъ на насъ за столь продолжительное уклоненіе въ сторону отъ нашего прямаго пути. Но, въ виду глубокаго уваженія къ Британскому Медицинскому Обществу и важности задачи, возложенной послѣднимъ на Глазговскаго представителя хирургіи, я не считалъ себя вправѣ умолчать о литературномъ очеркѣ прогресса хирургіи за послѣднее пятидесятилѣтіе,—очеркѣ, свидѣтельствующемъ скорѣе о регрессѣ автора, нежели о прогрессѣ Глазговской университетской школы хирургіи.—Сія же послѣдняя (школа), на сколько позволительно дѣлать заключенія по тѣмъ бѣглымъ наблюденіямъ, которыя я могъ собрать въ 1885 году; стоитъ гораздо ниже своей младшей сестры—Эдинбургской школы. Вотъ тотъ мотивъ, который побудилъ меня удѣлить значительно больше вниманія представителямъ хирургіи Эдинбургской школы, нежели таковымъ Глазгоо.

Приближаясь къ концу своихъ очерковъ Британскихъ школъ хирургіи, я вышеприведенными выписками изъ рѣчи Мэкъ-Лоуда хотѣлъ какъ бы въ утѣшеніе нашимъ молодымъ съѣздамъ русскихъ врачей показать, что и опытная, весьма богатая научными силами и оригинальными умами англійская корпорація врачей подчасъ не лишена такихъ ораторовъ, которые ничего новаго не вносятъ въ кругъ дѣятельности собравшагося съѣзда врачей и пользуются почетомъ не по своимъ заслугамъ, а по выдающемуся общественному положенію. Подобные ораторы, какъ видно, придерживаются латинской пословицы—*et nobis voluisse satis*! Но въ виду того, что проф. Мэкъ-Лоудъ занимаетъ первую кафедру хирургіи въ описываемомъ университетѣ, я полагаю, не будетъ излишнимъ привести здѣсь и перечень его литературныхъ трудовъ.

Mac-Leod (George) родился въ 1828 г., въ шотландскомъ городѣ Кэмпси и воспитывался въ Глазговскомъ университетѣ, откуда вышелъ докторомъ (M. D.) медицины въ 1853 г. Во время Крымской войны — Перечень трудовъ Мэкъ-Лоуда.

[1]) Но пора мнѣ кончить!

Мэкъ-Лоудъ состоялъ врачемъ въ англійскихъ войскахъ и занималъ постъ полеваго хирурга въ госпиталяхъ подъ Севастополемъ и Смирной. Въ 1857 году онъ получилъ званіе члена «Королевской Коллегіи Хирурговъ въ Эдинбургѣ» (F. R. C. S. E.) и поселился въ Глазгоо въ роли практикующаго врача. Съ 1859—1869 г. Мэкъ-Лоудъ состоялъ преподавателемъ при «Anderson's College», а затѣмъ перешелъ на каѳедру клинической хирургіи Глазговскаго университета, каковую онъ занимаетъ и по настоящее время. Кромѣ того, онъ числится лейбъ-хирургомъ Шотландской королевы и завѣдуетъ отдѣленіемъ въ «Western Infirmary».

Изъ трудовъ Мэкъ-Лоуда я могу указать слѣдующіе:

1) «*Notes on the surgery of war*» (Замѣтки изъ военно-полевой хирургіи). London 1858.

2) «*Outlines of surgical diagnosis*» (Очерки хирургической діагностики) 1864.

3) Въ «Куперовскомъ Хирургическомъ Словарѣ» имъ составлены статьи: а) «*Surgical affections of the oesophagus, larynx and pharynx*» (хирургическія болѣзни пищевода, гортани и глотки); б) «*Wounds of the thorax*» (раненія груди); в) «*Tracheotomy*», г) «*Ulceration*», д) «*Varix*», е) «*Wounds*» (раны).

4) Въ «Американскомъ Энциклопедическомъ Словарѣ» его перу принадлежитъ отдѣлъ: «*Surgical affections of the neck*» (Хирургическія болѣзни шеи).

5) «*Clinical teaching*» [Клиническое преподаваніе хирургіи [1])].

6) «*The four apostles of surgery*» [Четыре апостола хирургіи [2])].

7) «*Intestinal obstruction*» [Запруженіе кишекъ [3])].

8) «*Introductory address on medical education at Glasgow*» [Вступительная рѣчь о медицинскомъ образованіи въ Глазгоо, читанная въ университетѣ 26/х, 1886 г. [4])].

9) «*On the progress of surgery during the last half century*» (Объ успѣхахъ хирургіи въ теченіи послѣдняго полустолѣтія [5])]. Содержаніе этой рѣчи, читанной авторомъ на прошлогоднемъ съѣздѣ «Британскаго Медицинскаго Общества», изложено мною выше in extenso.

---

[1]) См. «Lancet» 1875.

[2]) См. «British Med. Journal» 1877.

[3]) Ibidem.

[4]) См. «British Med. Journ. 1886, т. II, стр. 803.

[5]) См. «British Med. Journ». 1888, т. II, стр. 293.

Литературные источники:

1) Lorimer. *Illustrated Glasgow guide.* Glasgow.

2) Henry Johnston. *Tenth annual report of the «Western Infirmary».* Glasgow 1888.

3) Oppert. *Hospitals dispensaries and Infirmary.* London 1882.

4) Beatson. *On the administration of chloroform* (см. «The Glasgow Med. Journal» 1885, January).

5) Sir George H. B. Mac-Leod. *On the progress of surgery during the last half century* (см. «The British Med. Journal» 1888. August)

6) Bettany. *Eminent Doctors: their lives and their works.* London 1885.

7) Gurlt. *Biographisches Lexikon der hervorragenden Aerzte.* Wien 1886.

8) *The Medical directory for* 1887.

ГЛАВА XXIII.

Глазговскій анатомическій музей. Жизнеописаніе Уилльяма Гёнтера. — «*Hunterian museum*» въ Глазгоо. — Описаніе нѣкоторыхъ препаратовъ этого музея. — Примѣры преемственности любви къ анатоміи у нѣкоторыхъ шотландскихъ семействъ. — Curriculum vitae Уилльяма Гёнтера. — Знакомство его съ Дугласомъ. — Начало его преподавательской карьеры. — У. Гёнтеръ на поприщѣ акушера и гинеколога. — Начало его литературной дѣятельности. — Ученая полемика между братьями Гёнтеръ изъ-за первенства нѣкоторыхъ анатомическихъ открытій. — Высокомѣріе Уилльяма Гёнтера. — Мнѣніе его о физіологѣ Гэрвеѣ. — У. Гёнтеръ, какъ основатель анатомической школы въ Лондонѣ. — Его страсть къ собиранію рѣдкостей. — Его домашняя и общественная жизнь. — Перечень его литературныхъ трудовъ и краткая оцѣнка ихъ. — Болѣзнь и послѣдніе дни Уилльяма Гёнтера. — Литературные источники.

«Hunterian museum» въ Глазгоо.

Въ новомъ же зданіи Глазговскаго университета помѣщается анатомическій музей, называемый «*Hunterian*», основателемъ котораго считается Уилльямъ Гёнтеръ — старшій братъ и учитель Джона Гёнтера. Музей этотъ не спеціально анатомическій, а скорѣе естественно-историческій. Первыя залы его съ роскошными галлереями наполнены чучелами различныхъ хищниковъ, какъ-то: львовъ, тигровъ, леопардовъ, грифовъ, орловъ; далѣе слѣдуютъ — киты, слоны и т. п.; этотъ отдѣлъ музея походитъ на «*Kensington museum*» въ Лондонѣ, только онъ здѣсь значительно меньшихъ размѣровъ.

Хранитель этого музея, узнавъ во мнѣ иностраннаго профессора по медицинѣ, предложилъ мнѣ осмотрѣть особенный кабинетъ, заключающій въ себѣ коллекцію анатомическихъ препаратовъ, приготовленныхъ собственноручно Уилльямомъ Гёнтеромъ. Имущество этого кабинета хранится подъ тремя желѣзными затворами въ несгораемомъ строеніи; обыкновеннымъ посѣтителямъ сюда входъ воспрещенъ. Въ одинъ

изъ дней августа 1885 г. я провелъ два часа времени въ этомъ хранилищѣ мертвыхъ частей человѣческаго тѣла, которыя такъ явно говорятъ о любви къ анатоміи и чрезвычайно усидчивомъ трудѣ ихъ автора. Къ сожалѣнію, эта богатая коллекція анатомическихъ препаратовъ представляетъ собою сбродъ множества экземпляровъ по различнымъ областямъ человѣческаго тѣла, разставленныхъ безъ строгой научной системы; на простыхъ открытыхъ полкахъ размѣщены стекляныя банки со спиртовыми препаратами по нормальной и патологической анатоміи. Печатаннаго или рукописнаго каталога въ этомъ отдѣлѣ музея не было, хотя, судя по шифрамъ на этикетахъ, привязанныхъ и прилѣпленныхъ къ препаратамъ, нужно допустить, что реестръ этого имущества гдѣ либо имѣется.

При осмотрѣ этого музея я вносилъ въ свою записную книжку только тѣ экземпляры, которыхъ мнѣ не встрѣчалось видѣть въ другихъ анатомическихъ музеяхъ Европы или которые отличались своею тщательною обработкою; къ числу таковыхъ принадлежатъ слѣдующіе:

Описаніе нѣкоторыхъ препаратовъ.

1) Подъ №№ 17, 18, 20, 22 и 23 выставленъ рядъ сухихъ препаратовъ лимфатическихъ сосудовъ мужскихъ половыхъ органовъ.

2) Подъ шифромъ B. B. № 39—препаратъ corporum cavernosorum penis со всѣми кровеносными сосудами.

3) Подъ шифромъ C. C. 5. S. — половые органы взрослой дѣвственницы, у которой hymen рѣзко выраженъ въ формѣ плотной, крѣпкой перепонки, закрывающей vestibulum; въ срединѣ этой перепонки едва замѣтно для простаго глаза небольшое отверстіе.

4) Нѣсколько рядовъ полокъ заняты препаратами матки въ различныхъ періодахъ беременности. На этихъ изящно обработанныхъ препаратахъ легко прослѣдить развитіе отдѣльныхъ органовъ человѣческаго тѣла въ періодѣ зачатія. Всѣ эти препараты естественные, тогда какъ въ другихъ анатомическихъ музеяхъ подобные препараты искусственно сдѣланы изъ воску. Исторически доказано, что большинство экземпляровъ этого отдѣла были приготовлены не Уилльямомъ, а Джономъ Гёнтеромъ, когда онъ работалъ въ лабораторіи перваго въ роли ассистента. Споръ о первенствѣ открытій многихъ фактовъ, доказанныхъ этими препаратами, служилъ поводомъ къ разрыву братскихъ и товарищескихъ отношеній двухъ Гёнтеровъ.

5) Подъ шифромъ E. E. выставлены препараты головнаго и спин-

наго мозга съ мельчайшими вѣтвями нервовъ, исходящихъ изъ этихъ центровъ чувствительной и двигательной сферъ.

6) Подъ lit. C. — препараты отдѣльныхъ венъ, на которыхъ ясно видно устройство клапановъ.

7) Подъ lit. R — кишечный каналъ съ инъецированными лимфатическими сосудами и Пейеровскими бляшками.

8) Подъ lit. K — рядъ препаратовъ костей, на которыхъ особенно рѣзко выражена надкостница; напр., на ребрахъ, на распилахъ бедра и проч. Этотъ рядъ носитъ общее названіе «periosteum».

9) Между патологическими препаратами я отмѣтилъ два интересныхъ въ казуистическомъ отношеніи: одинъ препаратъ подъ № 68 S. представляетъ сердце взрослаго человѣка въ разрѣзѣ, пронизанное деревянной стрѣлой; другой препаратъ подъ шифромъ O. № 42 S. — пищеводъ, въ полости котораго, на уровнѣ дыхательнаго горла, застряла серебреная англійская монета — *half crown*, величиною болѣе полтинника. И то и другое инородное тѣло суть орудія двухъ самоубійцъ.

10) Цѣлая витрина мочевыхъ камней, извлеченныхъ изъ мочеваго пузыря человѣка. Къ сожалѣнію, эти экземпляры не снабжены никакими объясненіями, которыя указали бы ихъ научное значеніе. Такъ, напримѣръ, одинъ громадный камень, величиною въ два кулака взрослаго человѣка, темно-бураго цвѣта, вѣсомъ въ одинъ фунтъ и $12^3/_4$ англійскихъ унцій, имѣетъ надпись «from a man», т. е., «изъ мужчины» и ни слова больше. Спрашивается, былъ-ли этотъ камень вырѣзанъ на живомъ или случайно найденъ въ трупѣ мужчины? Неизвѣстно. Но, судя по величинѣ, нужно допустить послѣднее.

Въ этой-же витринѣ находятся нѣсколько англійскихъ мѣдныхъ пятаковъ (penny), найденныхъ въ желудкѣ мужчины и въ мочевомъ пузырѣ женщины.

Эта коллекція препаратовъ, по словамъ почтенныхъ лѣтъ консерватора музея, стоили Уилльяму Гёнтеру 70,000 фунтовъ стерлинговъ. Хотя этотъ анатомъ всю свою ученую дѣятельность проводилъ въ Лондонѣ, но, изъ уваженія къ его заслугамъ, Глазговцы считали своею обязанностью соорудить Уилльяму Гёнтеру, какъ шотландцу, такой-же памятникъ славы, какой англичане создали брату его — Джону Гёнтеру — въ Лондонѣ.

Въ Глазговскомъ «*Hunterian*» собраны портреты ученыхъ анатомовъ, бывшихъ современниками У. Гёнтера. Здѣсь, между прочимъ я видѣлъ портретъ Джона Гёнтера и сестры его, жены извѣстнаго анатома Чарльса Бэля.—Эти историческіе факты свидѣтельствуютъ, что въ концѣ прошлаго столѣтія въ Англіи и Шотландіи анатомію изучали цѣлыми семьями или поколѣніями. Такъ, напримѣръ, родъ Александра Монро въ Эдинбургѣ царствовалъ на анатомической кафедрѣ 126 лѣтъ; именно: Alexander Monro primus читалъ лекціи по анатоміи 1720—1758 гг.; Alexander Monro secundus—сынъ перваго съ 1758—1798 гг. и Alexander Monro tertius—съ 1798—1846—сынъ втораго. Кромѣ того, эти же три анатома занимали кафедру хирургіи 111 лѣтъ [1]). Другой примѣръ: Джонъ Бэль (1762—1820) былъ знаменитымъ анатомомъ и профессоромъ хирургіи въ Эдинбургской школѣ медицины (extramural school of Edinburgh); младшій братъ его Чарльсъ Бэль началъ свою карьеру въ роли ассистента при кафедрѣ старшаго Бэля въ Эдинбургѣ, а затѣмъ конкурировалъ на кафедру анатоміи вмѣсто Александра Монро *третьяго*, издалъ (1798—1802) классическое сочиненіе по анатоміи «*System of Dissections; Engravings of the arteries, of the nerves and of the brain*» 3 тома; впослѣдствіи онъ переѣхалъ въ Лондонъ, гдѣ занимался физіологіею и хирургическою практикою. Чарльсъ Бэль окончилъ свою карьеру въ Эдинбургскомъ университетѣ, гдѣ онъ занималъ кафедру хирургіи съ 1836 — 1842 г. [2]). Кромѣ названныхъ, извѣстны еще были въ Эдинбургѣ хирурги—Веньяминъ Бэль (1742—1806) и Джорджъ Бэль, которые также работали по анатоміи [3]).

Примѣры преемственности любви къ анатоміи.

Въ заключеніе очерковъ хирургіи Шотландской школы я считаю умѣстнымъ познакомить своихъ читателей съ біографіею Уильяма Гёнтера, какъ я это сдѣлалъ въ заключеніе очерковъ англійской школы, представивъ жизнеописаніе младшаго брата Джона Гёнтера.

William Hunter [4]) родился 23 мая 1718 года въ Кайлбридѣ (Lanarkshire) седьмымъ ребенкомъ 10-членной семьи Джона и Агнесы

Curriculum vitae Уилльяма Гёнтера.

[1]) См. Alexander Grant. *The story of the University of Edinburgh*. London. 1884, т. II, стр. 385 и слѣд.

[2]) l. c., т. II, стр. 453.

[3]) Hirsch. *Biogr. Lexikon der hervorragenden Aerzte*. Wien. 1884, т. I, стр. 375 и 379.

[4]) При составленіи жизнеописанія этого ученаго я пользовался главнымъ образомъ сочиненіемъ Bettany. *Eminent Doctors; their lives and their works*, London. 1885.

Гёнтеровъ. Четырнадцатилѣтній юноша Уильямъ былъ посланъ въ Глазгоо для изученія теологіи; по прошествіи пятилѣтняго обученія въ школѣ онъ отказался, вопреки желанію отца, отъ пасторской карьеры. Подпавши подъ вліяніе своего друга, д-ра Кёллена (Cullen), молодой Гёнтеръ въ 1737 году переѣхалъ въ Гамильтонъ и сдѣлался ученикомъ Кёллена, подъ руководствомъ котораго онъ три года изучалъ практически медицину. Затѣмъ онъ рѣшился, по совѣту друга, отправиться въ Эдинбургъ и Лондонъ для систематическаго изученія медицины, и по возвращеніи въ Гамильтонъ со званіемъ врача, онъ предполагалъ сдѣлаться соучастникомъ д-ра Кёллена въ его профессіи. Взаимная дружба этихъ двухъ врачей не прерывалась въ теченіи ихъ жизни.

Знакомство его съ Дугласомъ.

Зиму 1740 — 41 года Уильямъ Гёнтеръ посвятилъ изученію анатоміи въ Эдинбургѣ, подъ руководствомъ знаменитаго анатома Александра Монро *primus*. Слѣдующее затѣмъ лѣто онъ поѣхалъ въ Лондонъ, гдѣ получилъ мѣсто ассистента у гинеколога Смелли (Smellie), а чрезъ него онъ перешелъ къ знаменитому д-ру Дугласу (Douglas), который въ то время готовилъ обширную книгу по остеологіи, въ составленіи которой принималъ участіе молодой У. Гёнтеръ, вмѣстѣ съ сыномъ Дугласа. Уилльямъ Гёнтеръ вскорѣ пристрастился къ анатоміи, занятія которой онъ находилъ на столько интересными и занимательными, что рѣшился остаться въ Лондонѣ и отказаться отъ предложенія старика-отца возвратиться въ Гамильтонъ къ д-ру Кёллену. Въ это время отецъ его умеръ на 78 году отъ роду.

Впослѣдствіи Гёнтеръ, пріобрѣвъ ловкость въ препарированіи, поступилъ въ St. George's hospital въ роли ассистента или ученика (a surgeon's pupil) къ профессору Джемсу Уэлкеру (James Walker). Послѣ смерти отца Дугласа, матеріальное положеніе Гёнтера было далеко не обезпечено; поэтому онъ продолжалъ жить въ семьѣ Дугласа, въ роли воспитателя дѣтей послѣдняго.

Въ 1743 гогу Уильямъ Гёнтеръ прочиталъ въ «Королевскомъ Обществѣ» свою работу: «*On the structure and disases of the articulating cartilages*». (О строеніи и болѣзняхъ сочленовныхъ хрящей); въ лабораторіи этого общества онъ продолжалъ заниматься препарированіемъ, готовясь къ кафедрѣ по анатоміи.

Начало преподавательской карьеры.

Въ 1746 году ему представился случай осуществить свое стремленіе. Самуэль Шэрпъ (Samuel Sharpe) отказался отъ чтенія лекцій въ «Обществѣ Морскихъ Хирурговъ» (the Society of Navy Surgeons), куда

онъ порекомендовалъ на свое мѣсто молодаго Уилльяма Гёнтера. Его лекціи найдены были на столько содержательными, что ему предложено было, совмѣстно съ хирургіею, читать и анатомію. Въ началѣ своей профессорской дѣятельности онъ былъ очень робокъ на кафедрѣ, но способомъ изложенія своего предмета онъ умѣлъ привлекать вниманіе своихъ слушателей.

Одинъ изъ учениковъ, сопровождавшій его домой послѣ вступительной лекціи, разсказываетъ, что У. Гёнтеръ, получивъ плату за курсъ лекцій, достигавшую 70 гиней, бережно спряталъ эти деньги въ мѣшокъ отъ часовъ, замѣтивъ, что такой суммы онъ еще никогда не получалъ въ видѣ вознагражденія за преподавательскій трудъ. Тѣмъ не менѣе, эти заработанныя деньги онъ истратилъ далеко не разсчетливо: большую часть онъ отдалъ своимъ друзьямъ и довелъ свои финансы до того, что не былъ въ состояніи открыть слѣдующій курсъ лекцій во-время, за неимѣніемъ денегъ, потребныхъ для заявленія о началѣ курса чтенія лекцій. Это обстоятельство послужило ему урокомъ; онъ сталъ не довѣрять нуждамъ другихъ и вообще сдѣлался экономнымъ, что, быть можетъ, послужило основаніемъ его будущаго богатства.

У. Гёнтеръ на поприщѣ акушера.

Въ 1747 году Уильямъ Гёнтеръ былъ избранъ членомъ «Коллегіи Хирурговъ» и весною того-же года онъ совершилъ путешествіе на континентъ, навѣстивъ, между прочимъ, Альбинуса въ Лейденѣ. Врачебную практику онъ началъ въ роли хирурга; позднѣе онъ спеціализировался въ акушерствѣ и гинекологіи, занявъ должность хирурга-акушера въ двухъ госпиталяхъ. — «Middlesex hospital» и «British Lying-hospital». Его любезное обращеніе съ публикой и умѣніе обходиться съ больными способствовали его популярности среди общества.

Въ 1750 году У. Гёнтеръ получилъ honoris causa ученую степень (M. D.) доктора медицины отъ Глазговскаго университета; къ этому-же времени онъ разстался съ домомъ Дугласа и поселился на Jermyn Street; съ тѣхъ поръ эта улица Лондона получила историческую извѣстность. Въ 1751 году онъ посѣтилъ свою родину Кайльбридъ и своего друга Кёллена, который къ тому времени переѣхалъ въ Глазгоо.—При этомъ свиданіи друзей имѣлъ мѣсто эпизодъ, который отчасти характеризуетъ самомнѣніе У. Гёнтера: д-ръ Кёлленъ обратился къ старому другу съ вопросомъ, какія примѣчательности онъ нашелъ на своей родинѣ послѣ долгаго его отсутствія? — «Да, отвѣтилъ У. Гёнтеръ, она разукрасилась; но если-бы я жилъ тутъ, то она

«была-бы еще болѣе замѣчательна!» — Это посѣщеніе родины было его послѣднее.

Начало его литературной дѣятельности.

Въ 1755 году онъ былъ принятъ въ члены «Коллегіи Медиковъ» и «Медицинскаго Общества» въ Лондонѣ. Первый томъ его сочиненія подъ заглавіемъ: «*The history of an aneurism of aorta with some remarks on aneurisms in general*» (Случай аневризмы аорты съ нѣкоторыми замѣчаніями объ аневризмахъ вообще) былъ изданъ въ 1757 году «Медицинскимъ Обществомъ». Въ этомъ трудѣ онъ высказалъ совершенно новый взглядъ на развитіе аневризмъ и иллюстрировалъ свои заключенія многими личными наблюденіями. Кромѣ того, въ названномъ Обществѣ онъ дѣлалъ нѣсколько сообщеній по акушерству и гинекологіи.

Въ 1762 г. вышло первое изданіе его сочиненія «*Medical Commentaries*» (Медицинскія комментаріи). Въ этомъ классическомъ трудѣ авторъ вступаетъ въ полемику съ знаменитымъ анатомомъ Александромъ Монро *secundus* и упрекаетъ его въ присвоеніи себѣ первенства открытія лимфатическихъ сосудовъ и строенія мужскаго яичка, строенія слезо-отдѣлительной железы, о всасываемости чрезъ вены и т. п. фактовъ, о которыхъ онъ (Уильямъ Гёнтеръ) еще нѣсколько лѣтъ раньше читалъ на лекціяхъ анатоміи.

Ученая полемика между братьями Гёнтеръ изъ-за первенства нѣкоторыхъ открытій

Подобная же полемика возникла впослѣдствіи между Уильямомъ Гёнтеромъ и его младшимъ братомъ Джономъ, который принималъ непосредственное участіе во многихъ его анатомическихъ изслѣдованіяхъ, будучи прозекторомъ его лабораторіи. Относительно нѣкоторыхъ открытій старшій братъ признавалъ первенство ихъ за своимъ младшимъ братомъ, какъ въ своихъ лекціяхъ, такъ и въ печати; но когда Джонъ Гёнтеръ достигъ самостоятельности, то Уилльямъ отвергалъ всякое право брата на первенство открытія строенія околоплодныхъ оболочекъ и беременной матки. Оба брата были чрезвычайно честолюбивы и дорожили правомъ первенства въ ученыхъ открытіяхъ; въ этомъ спорѣ Уилльямъ Гёнтеръ нерѣдко заявлялъ свои притязанія лишь потому, что эти изслѣдованія были сдѣланы въ его лабораторіи, хотя не имъ самимъ. Зимою 1762—63 годовъ, послѣ того, какъ оба брата отдѣлились другъ отъ друга, Уилльямъ Гёнтеръ на своихъ лекціяхъ говорилъ: «Въ этомъ вопросѣ я былъ только иниціаторомъ работы моего брата; я могу вамъ только демонстрировать «то, что создано руками брата!»

Выше (см. главу XVI) я уже указалъ, что Джонъ Гёнтеръ съ

1748 г. работалъ въ лабораторіи и жилъ въ домѣ своего старшаго брата Уилльяма; позднѣе съ 1755 г. по 1760 г. послѣдній выдѣлилъ часть курса лекцій по анатоміи брату Джону. Но, по возникновеніи вышеупомянутаго ученаго спора, оба брата разошлись и болѣе уже не сходились для совмѣстной работы.

Не подлежитъ сомнѣнію, что общимъ образованіемъ, манерами, способностью ясно излагать свои мысли и вообще всѣми качествами хорошаго лектора и успѣшнаго практика Уилльямъ Гёнтеръ превосходилъ своего брата. Д-ръ Бэйли (Baillie) по поводу этого говоритъ: «Рѣдко кто обладалъ такимъ энтузіазмомъ въ своемъ дѣлѣ, такимъ «быстрымъ соображеніемъ, усидчивымъ трудомъ, ясностью изложе-«нія и природнымъ даромъ слова, какъ Уилльямъ Гёнтеръ». Однакоже, чрезмѣрная настойчивость, не совсѣмъ убѣдительные доводы и слишкомъ высокомѣрное мнѣніе о своемъ авторитетѣ, высказанное имъ въ злополучномъ спорѣ со своимъ братомъ, набросили сильную тѣнь на благородный ликъ этого ученаго. Свой собственный взглядъ на отношенія къ брату онъ высказываетъ въ дополненіи къ сочиненію «*Medical Commentaries*» опубликованномъ въ 1777 году.

«Замѣчательно то, говоритъ Уилльямъ Гёнтеръ, что въ доводахъ «брата не видно вовсе характера истаго анатома, недопускающаго вообще столь явныхъ противорѣчій. Анатомы всегда готовы спорить. «Въ дѣйствительности-же, если человѣкъ не обладаетъ достаточной «мѣрой энтузіазма и любовью къ своему дѣлу, онъ скоро теряетъ тер-«пѣніе и впадаетъ въ противорѣчіе; ему все кажется, что другіе посягаютъ на его открытія и отнимаютъ у него заслуги выдающагося ана-«тома или ученаго по другимъ отраслямъ естествознанія». Высокомѣріе Уилльяма Гёнтера.

«Будучи дважды вторгнутъ мимовольно въ публичные диспуты, я «легко, можетъ быть, самъ сталъ отчасти подражать своимъ оппонен-«тамъ, но не могу не признать, чти эти споры принесли и нѣкоторую «долю пользы: они способствовали распространенію анатомическихъ «знаній. Несомнѣнно, если бы и было доказано, что я не достоинъ сто-«ять на поприщѣ преподавателя анатоміи, то не было того стремленія «и той любви къ дѣлу, какія мы видимъ теперь на анатомическомъ «полѣ изысканій».

«Если даже допустить, что и другіе анатомы видѣли тѣ же факты, «которые я считаю своими открытіями, то все-таки, они заблуждались «въ разъясненіи самыхъ фактовъ. Быть можетъ, если-бы они имѣли «привычку изслѣдовать предметы болѣе тщательно и точно, то они не

«осмѣливались бы заявлять свои опрометчивыя притязанія и ложныя «заключенія.—Благодаря моей привычкѣ предохранять себя отъ обма-«на одною внѣшностью и стремленію разгадать истину, мои оппоненты «приходятъ въ ярость при всякой моей попыткѣ разоблачить правду. «Противъ ихъ частыхъ заблужденій мнѣ ничего другаго не остается «сдѣлать, какъ посовѣтовать имъ относиться смиренно къ мертвому «тѣлу—общему предмету нашихъ изслѣдованій».

Мнѣніе его о Гэрвеѣ.

Такъ высокомѣрно относился Уилльямъ Гёнтеръ ко всѣмъ анатомамъ и физіологамъ, которые пользовались научною славою. Напримѣръ, о знаменитомъ Гэрвеѣ (Harvey) онъ отзывался такъ: «Заслу-«ги Гэрвея могутъ быть оцѣнены только относительно; на сколько «другіе ученые дѣлали много открытій, на столько мало открывалъ «Гэрвей: онъ самъ только облачалъ чужія мысли въ извѣстную си-«стему; а для этого, я думаю, не требуется особеннаго таланта. Ме-«жду тѣмъ то, что не стоило ему никакого труда, сдѣлало его без-«смертнымъ.—Во всѣхъ его сочиненіяхъ видно, что это былъ чело-«вѣкъ самыхъ дюжинныхъ способностей».

Послѣ того, какъ Уилльямъ Гёнтеръ разошелся со своимъ братомъ, онъ сталъ пользоваться небывалымъ прежде успѣхомъ въ частной практикѣ. Его слава свѣдущаго и ловкаго акушера доставила ему доступъ ко двору въ роли лейбъ-акушера королевы (въ 1762 г.). Два года спустя онъ назначенъ былъ почетнымъ медикомъ. Такая обширная врачебная практика въ городѣ не могла не нанести ущерба его ученымъ занятіямъ; времени для анатомированія и чтенія лекцій оставалось немного, поэтому онъ пригласилъ одного изъ своихъ учениковъ нѣкоего Уилльяма Гьюсона (William Hewson) въ ассистенты и поручилъ ему часть своего курса. Но расположеніе его къ ассистенту скоро прервалось: послѣ научнаго диспута 1770 года молодой ученый Гьюсонъ открылъ самостоятельный курсъ лекцій и пріобрѣлъ общую любовь своей аудиторіи. Къ сожалѣнію, преждевременная смерть молодаго ученаго въ 1774 г. открыла вакансію, которую Уилльямъ Гёнтеръ предоставилъ другому ученику Крюкшэнку (Cruickshank); этотъ послѣдній оставался въ роли помощника У. Гёнтера до его смерти.

Въ 1768 году, послѣ избранія его членомъ «Королевскаго Общества» (Royal Society), У. Гёнтеръ былъ зачисленъ первымъ профессоромъ по анатоміи во вновь основанной Королевской Академіи Художествъ (Royal Academy of Arts); эти новыя обязанности онъ выпол-

нялъ весьма усердно и примѣнялъ съ большимъ успѣхомъ свои анатомическія свѣдѣнія къ живописи и скульптурѣ. Послѣ смерти д-ра Фосзергилля (Fothergill), У. Гёнтеръ былъ избранъ въ президенты бывшаго «Общества Медиковъ» (Society of Physicians).

Самое выдающееся сочиненіе У. Гёнтера: «*Anatomy of human gravid uterus*» (Анатомія беременной матки человѣка) было издано въ видѣ серіи выпусковъ in folio и выходило въ свѣтъ съ 1751 г. по 1775 г. — Въ своемъ посвященіи этой книги англійскому королю авторъ, между прочимъ, говоритъ, что при приготовленіи большинства этихъ препаратовъ помогалъ его братъ, «который славится своею тща-«тельною обработкою анатомическихъ объектовъ; поэтому онъ поль-«зуется случаемъ выразить ему благодарность за помощь, которая мо-«жетъ до нѣкоторой степени способствовать успѣху самой книги».— Но такое признаніе не удовлетворило самолюбію Джона Гёнтера; онъ считалъ себя вправѣ оспаривать у брата первенство открытій наибольшей части фактовъ, обнародованныхъ въ названномъ сочиненіи. Съ этою цѣлью, пять лѣтъ спустя послѣ появленія книги, младшій Гёнтеръ выступилъ въ «Королевскомъ Обществѣ» цѣлымъ рядомъ сообщеній, въ которыхъ онъ разоблачилъ неблаговидные поступки автора. Въ слѣдующемъ засѣданіи Общества Уилльямъ Гёнтеръ опровергалъ требованія брата Джона, но послѣдній защищался съ полнымъ сознаніемъ своихъ правъ. Результатомъ этого спора было рѣшеніе «Королевскаго Общества» не обнародовать вовсе протокола этого ученаго диспута, а оставить при дѣлахъ Общества обѣ рукописи.

Названное сочиненіе У. Гёнтера, написанное по латыни и англійски, заключало въ себѣ 34 таблицы художественно нарисованныхъ рисунковъ; но текста къ послѣднимъ не было; это сдѣлалъ впослѣдствіи его ученикъ и племянникъ—д-ръ Бэйли, издавшій этотъ трудъ въ 1794 году.

У. Гёнтеръ, какъ основатель анатомической школы.

Еще больше заслугъ въ ученомъ мірѣ пріобрѣлъ Уилльямъ Гёнтеръ основаніемъ анатомическаго музея, который находится теперь въ Глазговскомъ университетѣ подъ именемъ «Hunterian». Будучи весьма разсчетливымъ человѣкомъ въ началѣ своей врачебной карьеры, Уилльямъ Гёнтеръ впослѣдствіи жертвовалъ значительныя суммы денегъ на нужды больныхъ и престарѣлыхъ, равно какъ заботился объ учрежденіи анатомической школы въ Лондонѣ. Въ 1765 г., во время правленія Грэнвилля, онъ обратился къ правительству съ предложеніемъ — уступить ему кусокъ земли, на которой онъ обязуется

устроить анатомическій театръ цѣнностью въ 70,000 руб. и учредить постоянную профессуру по анатоміи. Нужно замѣтить, что это щедрое пожертвованіе со стороны д-ра Гёнтера было отвергнуто, ибо въ срединѣ XVIII-го столѣтія правительство считало вполнѣ достаточнымъ имѣть одного представителя по кафедрѣ анатоміи въ лицѣ д-ра Джонсона. Правда, лордъ Шельбёрнъ (Schelburne) заявилъ тогда въ парламентѣ, что предложеніе У. Гёнтера можетъ быть принято подъ условіемъ—допустить общую подписку на сооруженіе такого зданія, на что онъ самъ готовъ пожертвовать 1,000 гиней. Но Уилльямъ Гёнтеръ былъ человѣкъ, который не желалъ ставить осуществленіе своей завѣтной мысли въ зависимость отъ результата воззванія къ народу. Поэтому онъ впослѣдствіи пріобрѣлъ въ собственность небольшой клокъ земли на Windmill street вблизи Haymarket, на которой онъ выстроилъ для себя жилой домъ, съ амфитеатромъ для чтенія лекцій, анатомической препаровочной и прекрасной залой для музея. Въ то время онъ уже обладалъ обширною коллекціею препаратовъ по сравнительной, патологической и описательной анатоміи; эту-то коллекцію онъ началъ пополнять покупками препаратовъ, которые распродавались по смерти ихъ авторовъ; такимъ путемъ онъ пріобрѣлъ коллекціи Сэндейса, Фалькопера, Гьюсона и Блэкелля [1].

Кромѣ того, многіе рѣдкіе экземпляры анатомо-патологическихъ препаратовъ приносились ему въ даръ врачами и учениками. Въ одномъ изъ своихъ сочиненій Уилльямъ Гёнтеръ по поводу этихъ подарковъ говоритъ слѣдующее: «Я смотрю на каждое такое приношеніе какъ на подарокъ народу, а на самаго себя я смотрю какъ на хранителя, предназначеннаго служить народу съ наибольшимъ рвеніемъ». — Его музей былъ всегда открытъ для посѣтителей, которые не мало способствовали распространенію его славы.

Его страсть къ собиранію рѣдкостей.

Но страсть Гёнтера къ собиранію рѣдкостей все увеличивалась: онъ коллектировалъ рѣдкія книги, монеты, ископаемыя и т. п. Д-ръ Гэруудъ (Harwood) описываетъ его библіотеку, какъ самое богатое хранилище латинскихъ и греческихъ книгъ, собранное однимъ лицомъ въ теченіи жизни. Этотъ анатомъ нашелъ въ его библіотекѣ двѣ копіи сочиненія Теокрита, которыя рѣзко отличаются другъ отъ друга по своему содержанію, хотя онѣ представляютъ собою одно и то-же изданіе Альдина (Aldine edition of Theocritus). Коллекція монетъ была на столько обширна и цѣнна, что знаменитый археологъ Уилльямъ Комбъ (Combe) составилъ цѣлый фоліантъ in 4°, заключающій опи-

[1]) Sandys, Falconer, Hewson, Blackall.

саніе только части этой коллекціи; въ предисловіи къ этому сочиненію авторъ представляетъ очеркъ развитія этой коллекціи монетъ, которая теперь оцѣнивается не менѣе 200,000 руб.

Въ 1781 г. Уилльямъ Гёнтеръ открылъ еще новый отдѣлъ въ своемъ музеѣ—коллекцію раковинъ, кораллловъ и другихъ подобныхъ предметовъ естественной исторіи. Этотъ отдѣлъ онъ предоставилъ завѣдывать д-ру Фозергиллу (Fothergill) и выдалъ ему 12,000 руб. на пріобрѣтеніе этой коллекціи.

По завѣщанію Уилльяма Гёнтера, музей долженъ былъ перейти въ наслѣдство не брату Джону, а племяннику—д-ру Бэйли, а по смерти послѣдняго это имущество поступаетъ въ пользованіе на 30 лѣтъ Крюкшэнку, бывшему помощнику У. Гёнтера, а затѣмъ оно переходитъ въ собственность Глазговскаго университета. Д-ръ Бэйли, однакоже, передалъ этотъ музей въ Глазгоо ранѣе предназначеннаго времени, за что университетъ выплатилъ 80,000 руб.

У. Гентеръ, какъ человѣкъ.

У. Гёнтеръ былъ до того поглощенъ своими постоянными занятіями музеемъ, лекціями и практикой, что, повидимому, онъ не имѣлъ времени подумать о супружеской жизни. Онъ жилъ весьма скромно, экономно; его столъ былъ до чрезвычайности простъ; когда онъ приглашалъ къ себѣ кого нибудь изъ друзей пообѣдать, онъ рѣдко угощалъ болѣе, чѣмъ двумя кушаньями, причемъ говорилъ: «человѣкъ, который не можетъ довольствоваться однимъ блюдомъ, заслуживаетъ оставаться безъ обѣда». Послѣ обѣда гостямъ разносили по стакану простаго вина. Поэтому нѣкоторые современники У. Гёнтера считали его скупымъ человѣкомъ, но это не совсѣмъ справедливо. Правда, онъ считалъ для себя излишнимъ окружать себя роскошью или предаваться развлеченіямъ, какъ это дѣлали большинство людей его десятка, но онъ никогда не скряжничалъ въ томъ, что ему доставляло дѣйствительное удовольствіе.—Біографъ его, д-ръ Симмонсъ [1]), говоритъ: «Въ его обращеніи и манерахъ было нѣчто притягательное: при выслушиваніи жалобъ своихъ больныхъ онъ до того весь поглощался вниманіемъ, что трудно было кому либо отказаться отъ его совѣта и не довѣряться его полному участію; на совѣщаніяхъ съ товарищами-врачами онъ высказывалъ свое мнѣніе откровенно и чистосердечно. Въ дружеской бесѣдѣ онъ представлялся человѣкомъ незаносчивымъ и веселымъ. Всякій, кто его близко зналъ, признавалъ въ немъ глубокій умъ, быстрое соображеніе, хорошую память и здравую логику».

---

[1]) Simmons. *Account of the life and writings of W. Hunter*, London, 1783.

Перечень его литературных трудовъ и краткая оцѣнка ихъ.

Шотландскій гинекологъ Дунканъ [1]) нѣсколько лѣтъ тому назадъ представилъ жизнеописаніе Уилльяма Гёнтера и списокъ его ученыхъ трудовъ; выдающіеся ихъ суть:

1) *On the structure and diseases of the articulating cartilages* [2]). (О строеніи и болѣзняхъ сочленовныхъ хрящей). — Это первый литературный трудъ У. Гёнтера.

2) *The history of the aneurism of the aorta, with some remarks on aneurisms in general* [3]). (Случай аневризмы аорты и нѣкоторыя замѣчанія объ аневризмахъ вообще).

3) *Remarks on the cellular membrane and some of its diseases* [4]). (О соединительной оболочкѣ и нѣкоторыхъ ея болѣзняхъ).

4) *Remarks on the symphysis of the ossa pubis* [5]). (О строеніи лоннаго сращенія лобковыхъ костей).

5) *Further observations on a particular species of aneurism* [6]). (Дальнѣйшія наблюденія надъ особенностями аневризмы).

6) «*Observations on the bones, commonly supposed to be elephants bones, which have been found near the river Ohio in America*» [7]). (Наблюденія надъ костями, по всей вѣроятности, слона, найденными на берегу Огайо въ Америкѣ).

7) «*Remarks on some bones found in the rock of Gibraltar*» [8]). (Замѣчанія о нѣкоторыхъ костяхъ, найденныхъ на скалѣ Гибралтара).

8) «*An account of the nyl-ghau and Indian animal not hitherto described*» [9]). (Отчетъ объ индійскомъ животномъ, до сего времени не описанномъ).

9) «*Anatomy of the human gravid uterus*» (Анатомія беременной матки человѣка). Birmingham. 1774 г.

10) «*Medical Commentaries*» (Медиц. комментаріи). London. 1762.

11) «*Two introductory lectures to anatomical courses*» (Двѣ вступительныя лекціи въ курсъ анатоміи) были изданы по смерти автора д-ромъ Бэйли. London. 1785.

---

[1]) M. Duncan. *On the life of William Hunter*. Harveian address. 13/IV. 1876 (См. »Edinburgh. Med. Journ.» 1876, стр. 1061).

[2]) См. «Philos. Transactions». 1743.

[3]) См. «Medic. Observ. and Inq». 1756, т. I.

[4]) Ibidem, т. II.

[5]) См. Ibidem, т. II.

[6]) См. Ibidem, т. II.

[7]) См. «Philosoph. Transactions», 1768.

[8]) Ibidem, 1770.

[9]) Ibidem, 1771.

Изъ этого ряда трудовъ Уилльяма Гёнтера самый выдающійся, безъ сомнѣнія, составляетъ «*Анатомія беременной матки*», которымъ онъ положилъ основаніе нашимъ теперешнимъ познаніямъ анатоміи человѣческаго яйца и беременной матки. Названіе околоплодныхъ оболочекъ—*decidua* и отличіе decidua vera отъ decidua reflexa —введено У. Гёнтеромъ, поэтому онѣ описываются подъ именемъ *decidua Hunteri*. Однакоже, помимо этихъ фактовъ, онъ собственно ничего новаго и прочно-стоящаго въ науку не вносилъ. Онъ былъ вѣрнѣе хорошимъ руководителемъ или учителемъ, что нѣмцы выражаютъ словомъ *Schulmeister*, чѣмъ научный геній. Его способъ преподаванія и изслѣдованія какъ по гинекологіи, такъ и по анатоміи, доставили ему громкую извѣстность; далѣе, его любовь къ анатоміи создала ему славу реформатора въ медицинѣ вообще; она-же служила притягательною силою для такихъ учениковъ, какъ братъ его Джонъ, Чарльсъ Бэль, Гьюсонъ, Крюкшэнкъ, Бэйли и многихъ другихъ, которые впослѣдствіи обогащали науку—анатомію.

Онъ читалъ систематическіе курсы по акушерству и анатоміи, но особенно тщательно онъ составлялъ свои лекціи по анатоміи. Можно почти безошибочно сказать, что въ своей практической дѣятельности врача У. Гёнтеръ пріобрѣлъ успѣхъ, только благодаря его анатомическимъ познаніямъ, которые дали ему перевѣсъ надъ товарищами по профессіи. Характерная черта его направленія можетъ быть очерчена его собственными словами: «Anatomy is the only solid foundation of me-«dicine. It is to the physician and surgeon what geometry is to the astro-«nomer. It discovers and ascertains truth, overturs superstition and «vulgar error and checks the enthusiasm of theorists and of sects in «medicine». (Только анатомія есть твердое основаніе медицины; она играетъ для медика и хирурга ту же роль, что геометрія для астронома: она открываетъ и подтверждаетъ истину, опровергаетъ суевѣріе и грубыя ошибки и обуздываетъ энтузіазмъ теоретиковъ и вѣроученій медицины).

Болѣзнь и послѣдніе дни У. Гёнтера.

Д-ръ Гёнтеръ никогда не отказывался отъ практики, хотя онъ въ послѣдніе годы часто страдалъ подагрой. Одно время, когда припадки болѣзни ожесточились, онъ мечталъ переселиться въ Шотландію; но его стремленія быть при дворѣ въ высокихъ чинахъ и страсть къ пополненію своего музея, требовавшаго большихъ затратъ, побуждали старика отказаться отъ этой мечты. Онъ все еще продолжалъ работать какъ практикъ и какъ профессоръ, не смотря на усиленіе его болѣзни, пока 15 марта 1873 года онъ совсѣмъ уже занемогъ. 20 марта

Уилльямъ Гёнтеръ, противъ совѣтовъ своихъ друзей, отправился читать вступительную лекцію въ курсъ оперативной хирургіи; къ концу лекціи онъ упалъ отъ изнеможенія, тутъ же въ аудиторіи, откуда его вынесли на рукахъ два служителя и уложили въ кровать. Въ ту же самую ночь у него обнаружился припадокъ паралича, надъ которымъ онъ самъ подшучивалъ. Во время этой болѣзни онъ обратился къ своему другу—Комбу съ слѣдующими словами: «Если бы я былъ «настолько силенъ, чтобы удержать перо, то я описалъ бы — какъ «легко и пріятно приближаться къ смерти». Братъ его Джонъ былъ допущенъ къ его смертному одру; при этомъ послѣднемъ свиданіи забыты были всѣ предшествовавшія недоразумѣнія этихъ двухъ братьевъ.

Уилльямъ Гёнтеръ скончался 30 марта 1783 года, на 65 г. отъ роду; онъ погребенъ въ церкви St. James на Piccadilly въ Лондонѣ.

Уилльямъ Гёнтеръ былъ росту выше средняго и представлялся стройнымъ, красивымъ человѣкомъ. Его портретъ, сдѣланный извѣстнымъ въ то время художникомъ Рейнольдомъ, украшаетъ залу «Hunterian Museum» въ Глазгоо. Другая неоконченная картина работы Зофани представляетъ этого анатома въ моментъ демонстрированія мышцъ на лекціи въ «Королевской Академіи Художествъ»; академики дополнили эту картину; на ней портретъ Уилльяма Гёнтера вполнѣ законченъ. Въ 1829 году хирургъ Брансби Куперъ принесъ въ даръ эту картину «Коллегіи Медиковъ» въ Лондонѣ.

Уилльямъ Гёнтеръ ничего не завѣщалъ своему брату Джону, ибо онъ зналъ, что послѣдній хорошо обставленъ и обезпеченъ. Свое имѣніе въ Шотландіи онъ отказалъ племяннику—д-ру Бэйли; сестрѣ послѣдняго онъ назначилъ 100 ф. ст. въ годъ пожизненно, а дочерямъ г-жи Бэйли онъ оставилъ по 2000 ф. стерлинговъ.

Литературные источники:

1) Alexander Grant. *The story of the University of Edinburgh.* London 1884.

2) Bettany. *Eminent Doctors; their lives and their work.* London 1885.

3) Simmons. *Account of the life and writings of William Hunter.* London 1783.

4) M. Duncan. *On the life of William Hunter. Harveian address* («Edinb. Med. Journ.» 1876, стр. 1061).

5) Waldeyer. *Hunter, William.* (Biographisches Lexikon der hervorragenden Aerzte von Hirsch. Wien 1886, т. III, стр. 320).

Справочный указатель.

А.—авторовъ.

а) въ русскомъ алфавитномъ порядкѣ.

*

б) въ латинскомъ алфавитномъ порядкѣ.

Б.—предметовъ.

а) въ русскомъ алфавитномъ порядкѣ.

б) въ латинскомъ алфавитномъ порядкѣ.